30位医生40年珍贵临床经验的精粹展示

多达320种临床常见病的1136个对症治疗方案

每种疾病提供诊断要点和鉴别诊断要点

为全科医生临床诊疗提供全面的实用资讯和解决方案

全科医生诊疗手册

GENERAL PRACTITIONERS DIAGNOSIS AND TREATMENT HANDBOOK

主　编　吉济华 吉宁飞 许振南

特惠价 35.00

凤凰出版传媒集团
江苏科学技术出版社

全科医生诊疗手册

GENERAL PRACTITIONERS DIAGNOSIS AND TREATMENT HANDBOOK

凤凰出版传媒集团
江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科医生诊疗手册/吉济华等主编. —南京：江苏科学技术出版社，2011. 3

ISBN 978-7-5345-7863-2

Ⅰ.①全… Ⅱ.①吉… Ⅲ.①临床医学—手册 Ⅳ.①R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 022394 号

全科医生诊疗手册

主　　编	吉济华　吉宁飞　许振南
责任编辑	杜　辛　刘玉锋
助理编辑	罗章莉
责任校对	郝慧华
责任监制	曹叶平
出版发行	江苏科学技术出版社(南京市湖南路 1 号 A 楼，邮编：210009)
网　　址	http：//www.pspress.cn
集团地址	凤凰出版传媒集团(南京市湖南路 1 号 A 楼，邮编：210009)
集团网址	凤凰出版传媒网 http：//www.ppm.cn
经　　销	江苏省新华发行集团有限公司
照　　排	南京展望文化发展有限公司
印　　刷	扬中市印刷有限公司
开　　本	850 mm×1168 mm　1/32
印　　张	15.125
字　　数	510 000
版　　次	2011 年 3 月第 1 版
印　　次	2011 年 3 月第 1 次印刷
标准书号	ISBN 978-7-5345-7863-2
定　　价	35.00 元

前 言

FOREWORD

目前在国内全科医生主要来自乡村医生、社区医生和企事业单位医务室的保健医生，以及近几年由医学院校培育的全科医师。他们是我国基层医疗机构的中坚力量，其工作任务是在基层医疗单位向广大居民提供预防、临床医疗、保健以及康复服务。与专科医生相比，全科医生服务的对象更加广泛复杂，需要的知识面更宽，要能对多个科系的常见病、多发病具有一定的诊断和处理能力。

全科医生对于疾病的诊断和处理过程，不仅反映了他们的业务水平和基层医疗质量，而且和病人的安危息息相关，因此我们针对全科医生诊疗工作的需求编写了此书，全书着重介绍了急诊、内科、传染科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科、皮肤科中的常见病、多发病320种。由于在临床疾病千变万化，症状表现也是错综复杂的，因此本书不仅描述了疾病的诊断要点，更提供了鉴别诊断相关的内容和提示，方便全科医生对不同病因病机而症状类似的疾病进行正确的辨证论治，这也是本书的一大特色。同时还提供疾病的治疗原则、治疗要点、各种治疗方案和处方以及处理中需要警示和注意的事项，并特别讲述了一些易发生医疗纠纷的经验体会，为全科医生提供了防范的意见，体现出本书是一部有经验、有体会、有教训的医学工具书。

本书不仅是适合全科医生、社区医生、乡村医生、企事业单位医疗卫生机构的保健医生的常备用书，也可供医学院校全科专业的学生及大中型医院的实习医生、住院医生参考阅读，并对病患者本人也具有

参考作用。

需要特别指出的是，由于个体差异和医学的飞速发展，疾病的情况也会不断变化。全科医生在诊疗过程中对于本书介绍的诊断方法和处方用药不可生搬硬套，要根据具体的病情和个体的差异合理、有效地诊疗，确保临床治疗的准确和安全。

现将有关本书的主要英文缩写介绍于后：

m	米	d	日	qd	一日1次
cm	厘米	h	小时	bid	一日2次
mm	毫米	min	分	tid	一日3次
μm	微米	s	秒	qid	一日4次
g	克	am	上午	qn	每晚1次
kg	千克	pm	下午	qod	隔日1次
mg	毫克	st	立即	ih	皮下注射
μg	微克	ac	饭前	im	肌内注射
ng	纳克	aj	早饭前	ivgtt	静脉点滴
L	升	ic	饭间	iv	静脉注射
ml	毫升	pc	饭后	NS	生理盐水
μl	微升	hs	临睡时	GS	葡萄糖注射液
pH	酸碱度	U	单位	GNS	葡萄糖生理盐水
mmHg	毫米汞柱	IU	国际单位		

参加本书编写的有来自高等医学院校附属医院的教授、主任医师，有来自省、市、县医院的具有丰富实践经验的主任医师、副主任医师，还有来自基层医院的副主任医师、院长，他们都为了编写本书付出了辛勤的劳动，出版社的专家也给予了大力支持，顺致谢忱。编写本书的过程中难免有疏漏和不妥之处，敬请广大读者批评赐正。

吉济华

目 录

CONTENTS

第一章

急诊医学

第一节 常见急诊

一、高热

高热是指口腔温度在39～40℃以上，超过41℃为过高热。高热不是一种疾病，而往往是某种疾病的一种临床表现，是常见的急诊症状，常同时有伴随症状，如畏寒、全身无力、食欲不振、头痛、恶心呕吐等。

【诊断要点】① 常有感染、中暑、脑外伤、变态反应性疾病及肿瘤病史。② 口腔温度在39～40℃或以上。③ 检查血白细胞总数及分类、血培养、疟原虫等有助于诊断和鉴别诊断。④ 具有与相关疾病的临床表现。

【鉴别诊断】高热：主要见于感染性疾病，其中中毒性菌痢呈稽留型，败血症呈弛张型高热。过高热：主要见于中暑、恶性疟、脑外伤等，其中中暑、脑外伤呈稽留型高热，恶性疟呈周期性高热。

【治疗要点】治疗原则：对高热的治疗必须在疾病诊断的基础上进行，未明确诊断前一般主张物理降温，对过高热应迅速采取一切降温措施。

1. 一般治疗　住院观察、卧床休息。鼓励患者多饮水，注意补充营养，给予高热量、流质饮食，做好口腔护理，保持皮肤清洁卫生，每30～60 min测体温一次。

2. 物理降温　可采取头部冷敷、温水擦浴、酒精擦浴等，并做好记录，观察病情变化。

3. 药物降温　适用于物理降温效果不明显或过高热者。不适用于对下述药物过敏者或副作用明显者。

(1) 高热时可用：

阿司匹林0.3～0.6 g　口服　立即　必要时2小时重复

或　复方氨基比林1片　口服　立即　必要时2小时重复

(2) 过高热和需要迅速降温时可用：

复方氨基比林2 ml　肌内注射　立即

或　15%～20%安乃近注射液　滴鼻（主要用于过高热）

（3）支持治疗时可用：

5% 葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注

或　0.9 生理盐水　500 ml　静脉滴注

或　5%葡萄糖生理盐水　500 ml　静脉滴注

或　林格液　500 ml　静脉滴注

4. 对症治疗　如抽搐可用安定

5. 病因治疗　常在明确诊断后进行，如确诊为败血症，可选用敏感抗生素，如为甲型 H1N1 流感可选用达菲等。

【注意事项】① 高热的降温措施首选物理降温，当病情紧急，急需迅速降温时才考虑应用药物降温，选择解热剂需考虑副作用或过敏。② 高热补液至关重要，一般首先将 5%葡萄糖注射液 500 ml 缓慢静脉滴注，一方面可帮助高热者水分消耗的补充，另一方面为加其他药物静脉滴注做准备。补液过程中要注意水和电解质平衡、酸碱平衡。③ 高热病因较多，必须认真询问病史，仔细检查患者，千方百计寻找病因，以便及时作出诊断，进行有针对性的治疗。④ 加强与患者家属沟通，对高热者应及时抢救，必要时请求上级医院援助。⑤ 本病易发生病情变化，易引发医疗纠纷，必须认真做好抢救记录，密切观察病情变化。

二、晕厥

晕厥是指由于多种病因引起的一过脑供血不足。晕厥不是一种疾病，而往往是某种疾病的临床表现。按其病因分为：心源性晕厥、血源性晕厥、脑源性晕厥、反射性晕厥。

【诊断要点】

1. 心源性昏厥　① 常有心脏病史，如心律失常、冠心病、心肌梗死、心肌病、先天性心脏病史等。② 发作时意识模糊、头昏、抽搐、口吐泡沫、脉搏细弱，可跌倒在地，如处理不及时可发生猝死。③ 心电图检查：常发现心律失常、心肌缺血等改变。④ 心电监护可发现心脏改变的发展过程，如心肌梗死的 Q 波的变化、室早、室速、室颤的演变等。

2. 血源性晕厥　① 常有严重贫血、低血糖症、低血氧症、过度换气综合征、低钠综合征等病史。② 发作前先出现头昏、眼花、耳鸣、出冷汗、流涎等先兆症状。发作时面色苍白、肢体无力、头向前垂下、意识丧失，或出现过度换气障碍，连续剧烈咳嗽等。发作清醒后感乏力、头部不适、嗜睡、出汗等。③ 血液检查可发现贫血、低血糖、高血糖；血气分析示低氧、低碳酸血症。④ 深呼吸诱发试验阳性。

3. 脑源性晕厥　① 常有脑动脉硬化症、高血压脑病、无脉症、血管性

头痛、中暑、颅脑损伤及过度的剧烈运动等病史。② 发作时意识丧失、肌张力低下、垂直型肌痉挛，血压突然明显升高，发作后出现阳痿、多汗、偏瘫、复视、震颤、共济失调等症状。③ TCD、CVA、SPECT、PET 等项检测可提示脑血管狭窄，血流不畅，脑供血不足，脑血管造影可提示血管狭窄及偷漏情况，CT、MRI 有助于脑部病变的发现。

4. 反射性晕厥　① 常有颈动脉窦综合征、各种原发或继发性直立性低血压症、下腔静脉综合征以及咳嗽、屏气、吞咽、排尿等病史。② 临床主要表现为头昏、眼花、打哈欠、流涎后发生意识模糊、面色苍白、瞳孔扩大等症状，常有既往类似发作史。③ 吹张法(Valsalva 法)诱发试验阳性。

【鉴别诊断】① 晕厥与昏迷：晕厥为短暂突发一过性意识丧失，而昏迷则多为渐起，进行性加重，持续时间长，恢复慢。② 晕厥与眩晕：晕厥存在一过性意识丧失，而眩晕为自身或周围景物旋转症，意识清醒。③ 晕厥与癔症：癔症无意识丧失而具有意识范围狭窄，常无阳性体征发现，既往多有类似发作，发作与精神因素有关，暗示治疗有一定效果。

【治疗要点】治疗原则：立即抢救，鉴别病因，必要时请上级医院支援。

1. 一般治疗　平卧，针刺人中穴，合谷穴，对症处理，打开静脉通道，随时准备从静脉加药抢救。同时加强护理，防止患者跌伤或抽搐时自伤，必要时给予氧气吸入。

2. 药物治疗　主要针对原发病进行治疗，未明确诊断前药物的使用只是一种辅助治疗手段。

3. 对症治疗　晕厥发作时，给予 10%葡萄糖注射液 500 ml 静脉滴注，有糖尿病史禁用。预防晕厥发作：谷维素 20～30 mg 口服，每日 3 次，仅适用于反射性昏厥频繁发作者。

【注意事项】① 晕厥病因复杂，应仔细询问病史，认真详细检查病情，阿斯综合征发作参照有关章节处理。② 必须坚持一方面抢救，一方面尽快查明病因，一方面为对原发病治疗做准备。③ 应加强医患沟通，向患方交代清楚病情，尤其出院后的有关注意事项必须详细交代。晕厥的医疗纠纷经常发生在反复发作的病例，患方责怪医方不负责任。未能彻底将病治愈，实际上可能医方未能详细介绍今后的注意事项及预防方法。

三、 昏迷

昏迷是高级神经活动的极度抑制状态，表现为意识完全丧失，对外界的刺激无意识反应并引起运动、感觉和反射功能障碍、大小便失禁等。昏迷是临床上常见的危急症状，死亡率很高，如处置得当，可使病人转危为安。

【诊断要点】① 常有颅内病变史和影响脑代谢的全身性疾病史，如颅脑外伤、高血压脑病、糖尿病、肝性脑病、肺性脑病和中毒病史等。② 昏迷前常有原发病的临床表现。③ 按昏迷严重程度常分为浅昏迷、中度昏迷、深昏迷和过深昏迷。④ CT、MRI、ECG、血糖测定、尿酮体测定、血氨测定、肝功能检测、血培养、血象、脑脊液检测、毒物检测等有助于明确诊断。

【鉴别诊断】

1. 病史　现病史，如高温下作业、接触毒物、外伤、电击等能帮助鉴别昏迷原因；既往史：对鉴别诊断具有重要意义，如高血压、冠心病、糖尿病、尿毒症、慢性阻塞性肺病、脑肿瘤、癌症、重症肝炎、肝硬化等病史，应考虑到这些原发病与昏迷的关系。

2. 起病形式　急性起病应考虑脑血管意外、颅脑外伤、心肌梗死和中毒等；亚急性起病原因应考虑为病毒性脑炎、结核性脑膜炎、肝性脑病、高血压脑病和尿毒症等；慢性起病者应考虑颅内占位性病变、慢性硬脑膜下血肿和肺性脑病等。

3. 首发症状　以剧烈头痛起病者应考虑蛛网膜下腔出血、脑出血、颅内感染等；以高热抽搐起病者结合季节，如夏季应考虑中暑，秋季应考虑乙型脑炎、恶性疟等；以抽搐、口吐白沫起病者应考虑癫痫发作；以眩晕后头晕起病者应考虑急性椎基底动脉供血不足、第四脑室部位的脑囊虫病等。

4. 体征　① 气味：糖尿病酸中毒有烂苹果味，尿毒症有尿味，肝性脑病有肝臭味，酒精中毒有酒味，有机磷中毒有蒜臭味。② 脉搏和心率：心脏传导阻滞时变慢，感染时变快，中毒休克时缓慢、微弱或不规则，急性颅内压增高时变强。③ 血压升高见于高血压脑病、肾病综合征，血压过低，见于心肌梗死、休克型肺炎和大出血时；体温过高见于中暑、严重感染。④ 皮肤黏膜改变，一氧化碳中毒呈樱桃色，流脑可出现瘀点、瘀斑，皮肤潮红见于感染性疾病及酒精中毒，皮肤苍白见于休克、大量失血，皮肤黄染见于肝胆疾病等。

【治疗要点】治疗原则：边抢救、边查清原因，先对症处理，在明确诊断后行病因治疗。

1. 一般治疗　入院前现场急救可针刺人中穴、合谷穴，密切观察病情变化，加强生命体征的监测，给予氧气吸入，加强护理，打开静脉通道，保持口腔、皮肤清洁，保持呼吸道畅通，预防压疮，必要时保留导尿。

2. 对症治疗　对不明病因的昏迷患者，先给予5%葡萄糖注射液500 ml静脉滴注，随时准备从此液体中加入相关药物，但不能用于有糖尿病史者。

3. 并发症的治疗　① 休克：适当选用多巴胺或阿拉明等升压药。② 心力衰竭：适当选用西地兰、地高辛等强心苷类药物。③ 呼吸衰竭：适当选用咖啡因、尼可刹米等呼吸中枢兴奋药，必要时做气管切开、人工辅助呼吸。④ 纠正电解质紊乱与酸碱平衡，可根据相关检测指标进行调整。⑤ 积极防止脑水肿与脑疝，常选用甘露醇等脱水剂。⑥ 对长期不能苏醒者可考虑选用中枢神经系统苏醒剂，如胞二磷胆碱、氯酯醒、克脑迷等。

【注意事项】① 基层医院若遇昏迷患者，必须向其家属交代病情，加强沟通，同时请上级医院支援。② 必要时组织多科会诊。③ 坚持边抢救、边检查的治疗原则，争分夺秒地抓紧抢救时机。④ 密切观察病情变化，特别是昏迷程度的变化，有无出现并发症。应注意逐渐起病或病情逐渐加重的病人易引发医疗纠纷，病人家属不理解或想不通，医方不能简单对待，注意谈话应留有余地，诊治过程应认真细致，并加以记录。

四、咯血

咯血是指喉以下呼吸道任何部位的出血，经口腔而咯出，包括气管、支气管及肺部的出血。每日咯血在 600 ml 以上，或 12 小时咯血 500 ml，或一次咯血在 300～500 ml 者属大咯血。大咯血是疾病严重而危险的表现，易引起窒息、失血性休克、感染等并发症，如处置不当、不及时，可导致严重后果。

【诊断要点】① 常有支气管扩张、支气管肺癌、支气管内膜结核、肺结核、肺外伤，风湿性心脏病二尖瓣狭窄、心衰竭、肺水肿、血液病等疾病史。② 常有咳嗽、喉部发痒后刺激感、发热、胸痛等症状。③ X线胸片、CT、纤维支气管镜检查等可帮助明确诊断。

【鉴别诊断】主要与呕血相鉴别，见表 1-1-1。

表 1-1-1　咯血与呕血的鉴别

	咯　血	呕　血
病史	常有呼吸系统疾病，循环系统疾病及血液病史	常有消化系统疾病、如胃及消化性溃疡、门脉高压症等病史
伴随症状	相应疾病表现	相应疾病表现
出血颜色	鲜红	紫红
血中伴随物	痰	食物及残渣
特殊检查	X 线胸片、CT、ECG	急诊胃镜、肝功能
有效药物	垂体后叶素注射液	去甲肾上腺素、质子泵抑制剂

【治疗要点】治疗原则：迅速止血，防止窒息，监测血压，查明病因，及时针对病因治疗。

1. 一般治疗　稳定患者情绪，患者必须绝对卧床，头偏向一侧，以防窒息，监测血压计生命体征，对血压下降者应采取头低足高位；打开静脉通道，根据血型配血待用，大咯血者应禁食或小心进用流质饮食；禁烟酒。

输血适用于大出血，血压下降及休克，输血量应依据出血量而定，缺乏输血条件时也应适当补充液体，以维持血容量，并请求上级医院支持。

2. 药物治疗

(1) 适用于咯血、呕血鉴别有困难时，禁用于高血压、冠心病、心力衰竭、肺心病、氮质血症及孕妇。

垂体后叶素注射液(加压素)	3～6 U	缓慢静脉注射
10%葡萄糖注射液	20～50 ml	每日 1～2 次

(2) 对痰中带血或少量咯血，可选用：

酚磺乙胺(止血敏)	4.0 g	
5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注，每日 1 次　(避免长期使用)

或　云南白药胶囊　0.5 g　口服　每日 3 次　咯血量大时，可将云南白药保险子 1 粒服下，孕妇忌服

3. 外科手术治疗　适用于内科治疗无效，出血部位明确，无心肺功能不全者，可手术治疗。

4. 大咯血窒息的抢救　① 立即进行体位引导流，排出支气管或气管内的积血。② 必要时直接在喉镜下行气管插管吸出血块，或用支气管镜吸出血块。在紧急情况下，可行气管切开，从套管内吸出血块。③ 给予高浓度氧吸入，速度宜快，亦可加压给氧。④ 可适当选用中枢兴奋剂，如尼可刹米、洛贝林等。⑤ 必要时行人工呼吸或使用呼吸机辅助呼吸。⑥ 窒息解除后，应继续对原发病进行治疗。

【注意事项】

1. 咯血原因颇多，必须仔细询问病史，详细查体，并做必要的相关检查，如胸透、摄 X 线胸片、CT、血象及痰液检查。

2. 咯血病人不仅要对咯血的相关疾病进行鉴别，还要注意与呕血相鉴别，这对制定治疗方案有重要作用。

3. 咯血治疗中避免使用苯巴比妥类药物。

4. 大咯血尤其伴窒息可能者必须立即组织抢救，刻不容缓。

5. 由于咯血病情变化快，易发生意外情况，甚至于发生窒息、失血性休克而死亡，为此发生的医疗纠纷颇多。我们曾接受过这样一例医患纠纷进行鉴定案例，病人入院时诊断为支气管扩张症。入院的当天下午咯血约 50 ml，睡眠前又咯血约 50 ml，22:00 入睡，23:30 咳嗽咯血约200 ml，

还有欲咯血的感觉，测量血压 96/56 mmHg，值班医师给予垂体后叶素 6 U+50%葡萄糖注射液 50 ml 静脉注射，凌晨 1:30 再次咯血约 400 ml，医师赶到床前发现病人的呼吸及心跳已停止。鉴定过程中发现医方对病情的严重性认识不足，只开了二级护理，也未能向家属交代病情，入院不到一天便发生了死亡，医方存在一些不足，但这些不足与病人死亡不构成因果关系，医方的处理基本符合医疗规范，根据《医疗事故处理条例》不属于医疗事故。后经法院判决，医方赔偿患方一定的损失。

五、 呕血

呕血是指屈氏韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠、胰、胆等病变引起的出血，以及胃空肠吻合术后的空肠病变出血等，是消化系统疾病常见的急诊。

【诊断要点】① 常有食管、胃、十二指肠、胰、胆等以上消化道疾病史，此外，血液病、尿毒症、肺心病、脑血管意外、呼吸衰竭等，也可引起呕血。② 临床表现为：呕血、黑便、失血性休克、氮质血症等，尚有原发病的相应症状和体征。③ 内镜检查：一般在出血后 12～24 小时内进行，可准确发现出血部位，其准确性达到 80%～90%，在检查的同时，还可进行激光、电灼、注射硬化剂、喷药等止血治疗。④ 上消化道钡餐检查：若非必要，一般在出血停止 1～2 天后再进行，以免诱发出血。⑤ 实验室检查：红细胞、血红蛋白和红细胞压积在急性出血后 3～4 小时开始减少，白细胞常升高，大便潜血阳性，血尿素氮升高，肝硬化者肝功能异常。

【鉴别诊断】① 呕血与咯血的鉴别见表 1-1-1。② 上消化道疾病的鉴别：主要根据病史、临床表现、体征进行鉴别，一般鉴别不难，病史最为重要。根据国内报告上消化道出血、消化性溃疡、食管和胃底静脉曲张破裂，急性胃黏膜病变，分别名列前三位。

【治疗要点】治疗原则：迅速止血，及时打开静脉通道，积极补充血容量，防止并发症。

1. 一般治疗　安静休息，密切观察病情变化，严密观察生命体征，积极防治并发症，严防窒息，失血性休克，予以特别护理。

2. 对症治疗　随时准备输血，如无条件输血，应补充液体，以维持血容量，并请上级医院支援。

3. 止血措施　急诊胃镜下出血，适当选用止血药，必要时可手术治疗。

(1) 咯血、呕血时未鉴别清楚时可用：

垂体后叶素注射液　3～6 U
10%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　24 小时维持

(2) 呕血可用：

去甲肾上腺素 8～16 mg 加生理盐水 20 ml 口服或胃内灌注，每 2 小时 1 次或去甲肾上腺素浓度为 100～200 mg/L，用冰生理盐水配制，在内镜下局部喷洒。本法禁用于严重动脉硬化、高血压、完全性房室传导阻滞、甲亢患者。

(3) 消化性溃疡呕血，可选用：

	法莫替丁	20 mg	静脉滴注 每日 1 次
	5%葡萄糖注射液	250 ml	
或	奥美拉唑	40 mg	静脉滴注 每日 1 次
	5%葡萄糖注射液	500 ml	

(4) 食管胃镜底静脉曲张可用：

普罗帕酮 10～20 mg 口服 每日 3 次

(5) 呕血已停止可用：

氢氧化铝凝胶 10～20 ml 口服 每日 3 次，如为止血，可从胃镜内注入

【注意事项】

1. 呕血临床上较为常见，病人来院后仔细询问病史至关重要，采取止血措施必须及时、果断、准确，同时要做好输血的准备，大量呕血必须立即输血，千方百计维持血容量，这样既可防止血性休克，又可避免发生肾前性氮质血症。

2. 对呕血病人的急诊手术治疗要慎重，因术后并发症及病死率比择期手术高，甚至于还可能在手术时发生意外，为此发生的医疗纠纷较为常见，一、二级医院尤需谨慎。手术适应证：① 经内科治疗无效仍出血不止者；② 出血停止后，又再出血者；③ 合并穿孔、幽门梗阻后疑有癌变者；④ 胆道出血并严重胆道感染后梗阻者。

3. 急诊内镜可准确发现出血部位，还可在内镜下进行必要的治疗，但急诊内镜检查存在一定的危险性，必须争得患方签字同意。我们在医疗事故鉴定中，就曾鉴定过 1 例急诊胃镜检查引发的争议，患者一次呕血 300 ml 后至某二级医院急诊，给予输血 400 ml 后，经与家属沟通后，决定做急诊胃镜检查，但胃镜插入 35 cm 后患者发生大出血，将胃镜吐出，血压降至 60/30 mmHg，立即送手术室抢救，同时输血 800 ml，经手术治疗出血停止，确诊为门脉高压症，又给予保肝和支持治疗，2 个月后好转出院。出院后患者提出再次出血是由于医院做胃镜不当造成，医方应承担再次出血的责任，鉴定专家认为，该患者有急诊胃镜的指征，检查前已和家属沟通，在家属签字同意后，由一位主治医师操作，操作规范，出血为疾病本身所致，操作中的刺激可能为诱发因素，故不构成医疗事故。

六、中暑

中暑是指人体在高温下、烈日下，受光、热影响而引起的急诊。常分为热痉挛、热衰竭、热射病三种类型。

【诊断要点】

1. 有在高温环境下工作、劳动、生活的病史，如在炼钢车间、盛夏田间劳动，询问环境中是否存在高温、闷热不通风，个人是否缺乏防热、防晒的防护等。

2. 临床表现，先兆中暑主要表现为头昏、头晕、乏力、胸闷、恶心、呕吐、体温正常后略升高等，一旦中暑常表现为发热、嗜睡，甚至抽搐昏迷，各型临床表现不尽相同。

热痉挛主要表现为中热、肌肉痉挛、抽搐。

热衰竭主要表现为高热、眩晕、突然昏倒、心律失常、血压下降、无尿等。

热射病主要表现为高热、无汗和意识障碍，继而体温可升至41摄氏度以上，嗜睡、健忘和昏迷，严重者出现休克、心力衰竭、脑水肿、肺水肿。日射病为本型的特殊类型，呈现头部温度高于其他部位，主要由于头部直接接受日光直射所致。

3. 必要时应检测血压、电解质、肝肾功能及血象，其结果有利于鉴别复杂病例。

【鉴别诊断】本病夏日发病，病史清晰，一般与其他疾病鉴别不难，但中暑昏迷抽搐者应注意和流行性乙型脑炎、中毒性菌痢、恶性疟相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：立即脱离高温环境，采取降温措施，防止并发症。

1. 一般治疗　立即移患者至凉爽通风处，采取物理降温措施，重症中暑者入院后，头部置冰袋，室内开空调，宽衣解带，加强护理，密切观察病情变化，如体温、血压、尿量等，并注意采取降温措施后的病情变化。

2. 对症治疗

(1) 对高热患者可采取物理降温与药物降温并用，但必须慎重掌握。

常用：复方氨基比林　2 ml　肌内注射　立即

(2) 对轻症患者常选用：

口服补液盐1号　每包溶于1 000 ml冷开水中饮用

藿香正气水软胶囊　2～4粒，口服　每日2～3次

或　藿香正气水　成人5～10 ml　口服　每日2次

3～7岁儿童　3.5 ml　口服　每日2次

7岁以上儿童　5～7 ml　口服　每日2次

或　十滴水软胶囊　2粒　口服　每日2～3次

(3) 对重症患者，可给予吸氧、对症处理，并给予支持治疗。

5%葡萄糖生理盐水　1 000～1 500 ml
维生素 B_6　100 mg　静脉滴注　每日1次

(4) 对抽搐者可用：

地西泮　10 mg　肌内注射　立即

(5) 对心衰、休克、脑水肿者可参照有关章节适当对症治疗。

【注意事项】

1. 中暑的抢救必须及时、得力，尤其热射病患者的抢救更是刻不容缓，现场救护得当，可为医院有效抢救奠定基础，赢得时间。

2. 降温措施的选择是抢救中暑的基础，一般首选物理降温，如酒精擦浴、温水擦浴、冰袋置于病人的头部、腋窝、腹股沟处。头部置冰袋不仅有利于头部降温，还可预防脑水肿和高热对脑的损伤，但如病人出现寒战，必须撤去冰袋。

3. 中暑治疗过程中有关氯丙嗪的使用，宜在上级医师指导下施用，严格掌握应用指征和用法及剂量。氯丙嗪既能调节体温中枢的功能，扩张血管，降低脑的氧耗，还可协助物理降温，避免肌肉抖动。

4. 输液是治疗中暑的重要措施，可根据病情选择液体种类及用量，输液过程中还应注意电解质的变化，CO_2P 的变化，并根据检查结果及时调整，及时纠正，以保持酸碱平衡。此外，补液不宜过速、过量，避免引起副作用。

5. 轻症中暑处理即使预后良好，但高热持续时间长、昏迷时间长、休克、脑水肿、肺水肿、心力衰竭等患者预后较差。老年体弱者，或有严重慢性疾病中暑者预后较差，基层医生必须十分注意。

6. 中暑重在预防，在高温烈日下劳动者必须有防护措施，对孕妇、产妇、卧床患者应注意改善环境，尤其是产妇千万不能在夏日还强要“捂月子”。我国部分农村目前还有产妇不能吹电风扇，不能在空调房内，不能吃西瓜及饮料的习俗，医务人员要大力加强宣传，使她们能安全度夏。

7. 加强医患沟通，尤其对重症患者及有并发症的患者，应及时向患方解释病情，以求得患方配合，避免产生医疗纠纷。

七、过敏性休克

过敏性休克是指人体对某些药物、生物制品、防疫针、花粉、油漆或某些食物过敏而引起的休克。其中以青霉素引起的过敏性休克最为常见，血压常在90/60 mmHg以下，甚至可降至“0”。

【诊断要点】① 过敏性休克发生突然，病势凶险，如抢救不及时，易引

起死亡。过敏性休克发生在注射当时或几分钟后，如出现面色苍白、青紫，出虚汗，烦躁不安，喉头水肿，气管痉挛和肺水肿，引起胸闷、心悸、呼吸困难，严重者心跳减慢、血压迅速降低、脉搏细弱或摸不到、体温降低、四肢厥冷，更严重者出现抽搐、大小便失禁等。如不及时抢救可很快死亡。② 有些过敏者可同时伴有皮肤过敏反应，出现风疹块或麻疹，伴有恶心、呕吐、腹痛。③ 死亡者常发生在接触过敏源后 15～20 min，死亡原因主要为窒息与循环衰竭。④ 常有过敏史，少数还有些人本身就是过敏体质。

【鉴别诊断】主要与感染性休克、失血性休克相鉴别，见表 1-1-2。

表 1-1-2　三种常见休克的鉴别

	过敏性休克	感染性休克	失血性休克
病史	有某些物品过敏史	有感染史	有外伤或内出血史
体温	不发热、或体温偏低	发热	体温偏低
血压下降	快、突然	较缓	快
白细胞	嗜酸粒细胞↑	总数↑，N↑	变化不大
治疗	脱离过敏现场	抗生素	输血

【治疗要点】治疗原则：立即抢救，尽快解除过敏状态。

1. 抢救方法　患者取平卧，头部放低，保暖，立即皮下注射 0.1%肾上腺素 0.5～1 ml，必要时重复。一般包括升血压，应用抗组胺药物。喉头水肿严重者立即行气管切开，吸氧，可适当用呼吸兴奋剂等。

2. 对症治疗

(1) 过敏性休克患者血压下降者加用：

去甲肾上腺素　1～2.5 mg
5% 葡萄糖生理盐水　500～1 000 ml　｜　静脉滴注　立即

(2) 过敏性休克患者伴呼吸衰竭时加用：

尼可刹米　0.375 g　洛贝林　3 mg　交替肌内注射

地塞米松　5～10 mg
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　立即

或　琥珀酰氢化可的松　200～400 mg
5% 葡萄糖生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注

【注意事项】① 尽快找出过敏源，脱离过敏源，行脱敏治疗。② 对患者进行紧急抢救，争分夺秒，有条件时进行心电监护。③ 详细记录抢救时间、病情变化，并积极与患方沟通，讲清病情的严重性与危险性。由于此种休克发生突然，医方必须做好抢救准备，否则来不及抢救，病人就已

经死亡。我们曾鉴定过 2 例药物过敏引起喉头水肿，前后不到 1 小时就死亡的案例。其中 1 例为基层医院，急诊医师不会做气管切开术，等会做手术的医师赶到，病人已死亡，另 1 例为二级医院，急诊医师对喉头水肿认识不足，请耳鼻喉科医师会诊，等会诊医师赶到时，病人已经死亡，2 例均定为一级医疗事故。医院急诊医师要求知识面广、经验丰富、工作责任心强，能熟练掌握和应用各种急救技术。急诊科的抢救设施必须处于随时可用的状态。

八、 感染性休克

感染性休克是指由于致病微生物感染人体后引起有效循环血量锐减，组织器官血流灌注不足引起的代谢障碍、细胞受损和脏器功能障碍为特征的综合征。

【诊断要点】① 常有明显的感染史，如中毒性菌痢，流行性脑脊髓膜炎、重症肺炎、胆道感染、绞窄性肠梗阻、急性弥漫性腹膜炎、败血症等。② 临床常表现为体温急剧变化、烦躁不安、脉搏细数，严重者血压急剧下降，一般在 70/60 mmHg，嗜睡甚至昏迷，常伴严重酸中毒。③ 常有原发疾病的临床表现。④ 白细胞计数异常升高，可出现核左移、毒性颗粒、毒性空泡和异形淋巴细胞。⑤ 血培养可发现致病微生物，常见革兰阴性杆菌、革兰阳性细菌。

【鉴别诊断】主要与过敏性休克、失血性休克相鉴别，此外尚应鉴别引起本病的两类致病微生物。

表 1-1-3 两种不同的致病微生物引起的感染性休克的鉴别

	革兰阴性杆菌	革兰阳性细菌
感染途径	消化道、泌尿道、产道	呼吸道、疖、痈
神经精神症状	躁动、淡漠、嗜睡、昏迷	神志不清
皮肤	苍白、湿冷、花斑发绀	潮红、干燥
休克发生时间	早	迟
血压	极低→0	轻、中度降低
脉压差	<30 mmHg	>30 mmHg
尿量	少尿<25 ml/h	无明显减少
代谢性酸中毒	严重	轻、中度
病死率	较高	较低

【治疗要点】治疗原则：抗感染、处理原发感染灶，补充血容量，必要时选用升压药。

抢救方案：

（1）体位：头和腿各抬高30度，或与平卧位交替。

（2）给氧：鼻导管氧流量2～4 L/min必要时面罩给养，加压给养。

（3）补充血容量：宜采用两根静脉补液，1根以补液为主，另1根以加药为主。补液常选用5%葡萄糖生理盐水、低分子右旋糖酐、林格液、706代血浆、全血、白蛋白等，同时注意纠正酸中毒和电解质。

（4）控制感染：① 处理原发感染病灶，有手术指征者应紧急手术；② 根据药敏结果选用抗生素；③ 必要时使用大剂量的地塞米松，一般只用1～2次。

【注意事项】① 控制感染是本病治疗的关键，在药敏未有报告前，一般不先按感染细菌的种类选择抗生素，严重者可经验性选用大剂量广谱抗生素。一旦获得药敏结果，立即选用敏感抗生素。② 补充血容量是本病治疗的基础，一般先采用2根静脉补液，一根补液，一根加药，一般可输入低分子右旋糖酐500 ml及平衡液1 000 ml，先快后慢。输入过程中，注意观察血压的变化。③ 血管活性药物：在补充血容量、纠正酸中毒、抗感染的基础上可适当选用阿托品与东莨菪碱。④ 糖皮质激素有助于救治感染性休克，一般主张大剂量短期使用，一般仅用1～2次。⑤ 本病病情危重，如处理不及时，预后严重，必须与患方及时沟通，同时邀请上级医院支援。

九、 心脏骤停

心脏骤停是指心脏排血功能的突然终止，导致脑血流的突发中断，出现意识丧失、抽搐、心音消失，患者如救治及时，可获存活，否则将导致死亡。

【诊断要点】① 常有冠心病、心肌病、心肌炎、中毒、电击伤、中暑等病史，其中约80%的基本病因是冠心病。② 心脏骤停的发病高峰，主要在出生后至6个月，45～75岁。③ 心脏骤停的前驱症状：在骤停前几周几个月常有胸痛、心悸、呼吸困难、软弱、乏力等非特异性症状，在发生骤停前几个小时及后几分钟内，可能发生心律失常、心肌缺血或心力衰竭。骤停发生前瞬间至1小时不等，常缺乏可靠信息。④ 心脏骤停发生时，由于脑血流不足，导致突然意识丧失，没有或仅有濒死的呼吸运动，动脉搏动消失，心音消失。⑤ 心电图可帮助明确诊断。

【鉴别诊断】主要与心脏性猝死相鉴别，心脏骤停通过紧急治疗干预有逆转的可能，而心脏性猝死是所有生物学功能不可逆性停止。

【治疗要点】治疗原则：及时果断地进行心肺复苏。

1. 抢救治疗 ① 立即进行院前干预。② 清理呼吸道，保证呼吸道

通畅。③ 胸外心脏按压,同时配合口对口呼吸。④ 心电监护。⑤ 打开静脉通道。⑥ 防治并发症。⑦ 做好除颤准备。⑧ 立即静脉注射阿托品 0.5 mg,必要时 5 min 后重复一次。

2. 对症治疗

(1) 复苏后仍心室颤动,或室性心动过速时,可用:

利多卡因	500 mg	静脉滴注　立即
5%葡萄糖注射液	250 ml	维持 48～72 小时

警示:① 利多卡因 24 小时最大总量不超过 50 mg/kg,必要时可静脉推注利多卡因 20～50 mg。② 无心律失常不用。

(2) 复苏后防治脑水肿、脑缺氧时可用:

20%甘露醇　1～2 g 或　呋塞米　20 mg　静脉快速注入

【注意事项】

1. 院前干预及复苏的初始节律是影响初步复苏成功和预后有强力影响的重要因素,基层医疗机构及全科医师是承担院前干预的主力军,加强这支主力军的业务培训,提高他们院前干预能力,为下一步实施完善的治疗奠定基础。

2. 心脏骤停如无积极干预往往导致死亡,罕见自发逆转。

3. 拳击复律曾作为基本生命支持抢救的重要措施,但目前存在争议。对于频率极快的心动过速或意识未完全丧失的病人,不宜行拳击复律。若拳击 1～2 下后病人未出现自主脉搏及自主呼吸,则不宜再拳击。此外,拳击复律最好在心电监护条件下进行,院前干预时可尝试使用。

4. 心脏按压是在其他确切治疗步骤实行之前维持血液循环的重要手段。常采用胸外心脏按压,基层医院抢救更应以此法为主。注意心脏按压与人工呼吸应同时进行。如现场只有一人在抢救,则按压胸部 15 次再做人工呼吸,连续 2 次;如果 2 人抢救则为(5～4):1,心脏按压的次数在 100 次/分。千万不能用力过猛,以免压伤肋骨及胸腔脏器。

5. 千方百计缩短脑缺氧的时间,通常心脏复苏较易,自主呼吸较难,因而必须及时适当地给予患者呼吸支持、心血管支持。

6. 要重视对复苏成功生还者的继续治疗,主要是原发病的治疗,防治再发生心脏骤停。对完全性房室传导阻滞的病人,应考虑安装心脏起搏器。

7. 本病的抢救必须及时、果断、争分夺秒。抢救设施要完善,要随时能展开抢救,医护人员技术要熟练,要求急诊医师不仅要熟练掌握基本抢救操作,还应熟悉心电图的应用知识和操作。

8. 要加强医患沟通,通知病危,并请求上级医院支援。

十、电击

电击俗称触电或雷击，是由于一定量的电流或电能量（静电）通过人体引起组织损伤和功能障碍，严重的发生心跳和呼吸骤停。高压电还可引起电热灼伤。40伏以上的电压即可引起人体损伤，电压越高，危险性越大。雷电损伤属高压电范畴，由于电压特高，常难以救治。

【诊断要点】① 有触电或遭雷电击病史。② 发病急，触电后立即发病，也可开始症状轻，1小时后加重。③ 临床常表现为皮肤及软组织灼伤，肌红蛋白尿、心律失常及心跳、呼吸骤停等。通常人接触电流后轻者头晕、心悸、四肢无力、惊慌呆滞、面色苍白、肌肉收缩；重者出现昏迷、持续抽搐、电休克、心室颤动、心脏骤停、呼吸停止。④ 电流通过人体，可转化大量热能，造成电热灼伤，可灼伤皮肤、肌肉、肌腱、骨骼。电流进入人体入口处的灼伤一般较出口处严重，成黄褐色焦痂和坏死。还可能导致肌红蛋白尿，甚至还可能引起急性肾衰竭。⑤ 雷电损伤，亦称为闪电损伤，闪电是一种静电放电，闪电瞬间温度过高。其特点是人体被击中后心跳、呼吸立即停止，呈现急性心肌损害。皮肤和血管收缩可使皮肤出现网状、花斑状图案，这是闪电损伤的一个重要特点。⑥ 电损伤的并发症、后遗症：主要发生在严重电损伤后，常有周围神经痛、心律失常、高钾血症。肢体坏死、急性肾衰竭、关节脱位和骨折等。

【治疗要点】治疗原则：立即切断电源，就地抢救，赢得时间，入院进行心肺复苏。

1. 院前急救　脱离电源，检查呼吸、心跳及皮肤灼伤情况、神智情况等。对仅有灼伤者予清创、镇静等对症治疗，同时要安慰病人，消除病人的精神紧张，并转上级医院进一步检查。

2. 入院治疗　① 立即做心电监护与血电解质、尿肌红蛋白、肾功能检查，若发现心律失常，应立即纠正，由于电击后，宜发生室速、室颤，必要时电除颤；若发现血钾高，必须立即调正，以防心脏骤停。② 对电击伤的创面进行清创治疗，轻度灼伤注意保护创面，Ⅲ度灼伤，需切除焦痂、植皮、注射破伤风抗毒血清，使用抗生素预防感染。③ 积极防治并发症，如感染，周围神经痛、关节脱位和骨折以及肌红蛋白尿及急性肾衰竭。

【注意事项】① 电击伤者应尽快脱离电源，分秒必争，就地抢救，院前急救能为入院抢救赢得宝贵时间，这也是我们基层医护人员的重要责任所在，平时要培养动作快、操作熟练、急救技术过硬的作风，以符合全科医师的要求。② 重症病人心肺复苏是关键，可参照心脏骤停处理，注意千万不能使用肾上腺素。③ 注意交流电电击有持续抽搐作用，能“牵引住”触电者，使其脱离不开电源，救护人员必须应用绝缘物品，如竹棒、木棍等

拔开电源。④ 注意电击伤后患者心脏和呼吸处于极其微弱的假死状态，抢救中要善于识别和鉴别假死和真死，不可对电击的患者轻易地放弃治疗。⑤ 对灼伤者要进行随访，最好能让社区卫生服务站上门观察，特别严重的深部灼伤者，要防止组织缺血、坏死、出现肌红蛋白尿，甚至急性肾衰竭。

十一、 溺水

溺水是指人淹没水中而引起的急诊，常因水充满呼吸道和肺泡引起窒息。吸收到血液中的水，引起血液渗透压改变电解质紊乱和组织损害，也可导致病人死亡。

【诊断要点】

1. 临床常表现为昏迷，皮肤黏膜苍白、紫绀、四肢厥冷、呼吸心跳微弱或停止。可出现口鼻腔被污泥、杂草堵塞、上腹部膨隆、胃扩张。复苏过程中可出现各种心率失常，甚至室颤、心律衰竭、肺水肿。24～48 小时后出现脑水肿、呼吸窘迫综合征、弥散性血管内凝血、溶血性出血和急性肾衰竭。

2. 有落水史，按落水的水质不同常分为：① 淡水淹溺：除了水阻塞呼吸道外，淡水进入血液，稀释血液引起低钠血症、低氯及低蛋白血症、溶血、高钾血症等。即使救活，也可引起急性肾衰竭。② 海水淹溺：海水含有 3.5%氯化钠及大量钙、镁、铅，海水比正常人血液中氯化钠浓度高 4 倍，海水淹溺者体内组织液大量向肺泡渗出，引起高钠血症、肺水肿、高钙血症，可致心脏骤停。③ 跌入粪池、污水池、化学品贮槽内：污水中的硫化氧、化学物质可刺激皮肤黏膜，并引起全身中毒。

【治疗要点】治疗原则：保持呼吸道通畅，吸氧，及时行心肺复苏，同时做好对症处理，防治并发症。

1. 抢救治疗　立即清除口、鼻中的污泥、杂草等，保持呼吸道畅通。迅速将患者置于抢救者屈膝的大腿上，头朝下，按压背部，迫使呼吸道和胃内的水倒出，有条件立即吸氧。对呼吸、心跳停止者应立即进行心肺复苏，尽快进行体外心脏按压，口对口人工呼吸，吹气量要大，吸气时用双手按压胸部，加大呼吸道通气量和克服肺泡阻力。同时请求上级医院支持。溺水者经上述一般治疗，心肺复苏后仍无效果者，应及早对其进行气管插管，使用呼吸机，间断加压呼吸或呼气末正压吸氧呼吸，使塌陷的肺泡重新张开，改善供氧和气体交换。

2. 对症治疗　处理心力衰竭、心律失常，防治脑水肿、纠正电解质紊乱，治疗急性肾衰竭和弥散性血管内凝血等，如系寒冷季节溺水，需保暖，观察体温，出现低温，按体温状态采取不同方法复温。移至温暖环境中，

脱去湿冷衣服，体温在 32～33℃时，用毛毯或被褥裹好身体，可自行复温；体温低于 31℃时，应用热风或用 44℃热水袋温暖全身。更好的办法是将患者裸体浸泡于 40～44℃的水浴中，使其缓慢复温。心室颤动患者应立即进行电除颤，忌用肾上腺素。体温低于 12℃，复温后肢体有红、肿、痛，神经和肌肉的功能需要数周甚至数月后才能恢复，理疗可缩短恢复期。

【注意事项】① 溺水如挽救及时预后良好，但如落入粪坑、污水池、化学品贮池中，及时抢救成功仍会留有后遗症；如溺水时间过长，常难以复苏。② 溺水抢救必须坚持 3 小时以上，抢救要有耐心，抢救中坚持心电监护，不能轻易放弃抢救，曾有放弃抢救 2 小时而活转过来的病例。③ 抢救中一旦患者恢复呼吸、心跳，应立即检查血电解质、肾功能、心电图、摄胸片，必要时检查溶血相关的项目。④ 溺水抢救过程中“倒水”不宜过长，以免延误抢救时机。⑤ 注意溺水 24～48 小时，可出现脑水肿，必须提早防治，以免因脑水肿而导致不良后果。

十二、 自缢

自缢是指自行将绳索等物套在颈部，悬吊而出现的窒息死亡。自缢能引起窒息和颈动脉窦的减压反射及大动脉的供血中断，后果十分严重。通常停止脑供血、供氧若超过 10 秒即可发生神志不清，4～5 分钟脑细胞肿胀、变性、坏死，导致脑细胞死亡。

【诊断要点】本病病史明确诊断不难。① 有自行将绳索套在颈部自杀或嬉玩套颈或勒颈等病史。② 临床主要表现为神志不清、昏迷、瞳孔散大，脉搏、心跳微弱或消失，呼吸微弱或消失，血压骤降甚至测不出。面色青紫、舌常伸出口外等。③ 患者致死原因：窒息与血压骤降。

【治疗要点】治疗原则：争分夺秒抢救，争取尽快恢复脑部的供血、供氧。

抢救程序：

（1）发现自缢首要工作是迅速让吊者解除悬吊状态，通常先抱住下垂的身体并向上托起。解除身体重量的下压力，然后割断绳索，割断时要做好防护，以免跌伤。

（2）放下自缢者后立即就地抢救，进行口对口人工呼吸与胸外心脏按压，不论有无反应出现，均应坚持，直至救护人员赶到，或瞳孔散大及一切反射消失为止。

（3）可适当使用急救药。用于自缢尚有微弱呼吸或抢救后出现微弱的呼吸时，应用尼可刹米 2 ml 立即肌内注射，必要时 1～2 小时后重复一次。

（4）积极防治脑水肿，在清醒后可适当使用甘露醇。

【注意事项】① 自缢死亡率极高，如抢救及时，生命体征尚存在，预后尚好，如生命体征已消失，虽抢救成功，常留有后遗症。② 抢救过程中应及时与其家属沟通，说明其严重性，并加强监测。③ 当前社会上出现不少青少年模仿自缢造成了严重后果，值得引起关注。④ 打闹时卡脖子十分危险，即使立即松手，也可能因颈动脉窦的减压反射，引起血压骤然下降而导致严重后果，值得重视。

第二节 常见中毒

一、食物中毒

食物中毒是指误食变质或被细菌、化学物质污染的食物引起的胃肠及全身中毒。本节主要介绍细菌性食物中毒。细菌性食物中毒是进食细菌或细菌毒素污染的食物而引起的急性感染性中毒性疾病，常分为胃肠型与神经型。胃肠型常由于沙门菌、葡萄球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌引起，神经型常由于肉毒杆菌外毒素引起，又称为肉毒中毒。

【诊断要点】

1. 细菌性食物中毒　① 进食被细菌或其毒素污染的食物，同食者多人发病。结合季节、食品的质量或烹调等缺陷综合分析。② 潜伏期短，一般为2～24小时，部分能引起侵袭性肠黏膜病变者长至1～3日。③ 临床主要表现为腹痛、吐泻、大便多呈黄水样。少数侵袭性细菌引起者有黏液血便。重者可有发热、脱水、低血压、头痛、不安等。病程短，多数在2～3日内自愈。④ 根据以上3项即可作临床诊断。必要时可做吐泻物和可疑食物的细菌培养，或进行肠毒素检测。

2. 肉毒中毒　① 有进食肉毒杆菌外毒素污染的腌肉、腊肉、发酵豆制品和馒头及制作不良罐头类食品史，偶因食用不新鲜鱼、猪肉、猪肝而发生。② 突发头痛、头晕、乏力、恶心、呕吐，继而出现眼肌、咽肌，甚至呼吸肌为主的运动障碍或瘫痪。③ 散发病例需排除其他神经系统疾病和其他原因引起的中毒事故。④ 病原学确诊可用动物实验检查病人血清及可疑食物中的肉毒毒素，亦可用可疑食物进行厌氧菌培养，分离病原菌。⑤ 两种细菌性食物中毒的鉴别，主要根据病史，临床表现及病原检查，后者病情严重，前者发病率较高。

【治疗要点】治疗原则：及时针对病原菌选用抗菌药(通常选用氟喹诺酮类抗生素)，并做支持治疗。注意观察病情变化，如果效果不明显或恶化应及时转上级医院诊治或请求上级医院会诊。

1. 一般治疗　卧床休息，必要时床边隔离，及时补液，并做对症

治疗。

2. 对症治疗

(1) 细菌性食物中毒伴高热及毒血症时可选用：

氧氟沙星(氟嗪酸)　0.2 g　口服　每日 3 次　连服 2～3 日

或　左氧氟沙星(可乐必妥)　0.2 g　口服　每日 3 次　连服 2～3 日

(2) 细菌性食物中毒伴脱水时应补液：

5%葡萄糖生理盐水	500 ml	
10%氯化钾	10 ml	静脉滴注　立即，续滴林格液
维生素 B_6	0.2 g	500 ml

(3) 细菌性食物中毒伴严重失水、血压偏低及伴有酸中毒者，可根据电解质、CO_2P 加用：

0.9%生理盐水　500 ml　或　0.5%碳酸氢钠　100～250 ml　静脉滴注　立即

(4) 剧烈腹绞痛者，可用：

阿托品　0.5 mg　皮下注射　立即

或　山莨菪碱　10 mg　肌内注射　立即

(5) 发生惊厥者，可用：

地西泮　10～20 mg　肌内注射　立即

或　10%水合氯醛　20～30 ml　保留灌肠

3. 病原治疗　可根据药敏适当选用抗生素、阿米卡星、头孢类抗生素、氟喹诺酮类抗生素、青霉素等。

4. 对肉毒中毒者早期应用多价抗毒素血清，多价肉毒素(A、B、E 型)在起病后 24 小时或发生瘫痪前注射，每次 5 万～10 万 U，静脉或肌内注射(注射前先做过敏试验)，必要时 6 小时后重复应用一次。对病菌型别已确定者，应注射同型抗毒素，每次 1 万～2 万 U。病程已过 2 日者，效果较差，但仍应使用，以中和血中残存毒素。此外，对肉毒中毒者可采用如下排毒措施：

(1) 洗胃：若食入毒素后 4 小时内用 5%苏打水洗胃。

(2) 导泻：洗胃后口服 50%硫酸镁 40～60 ml。

(3) 灌肠：常用生理盐水 100～200 ml 灌肠。

【注意事项】① 要排除细菌性食物中毒(砷、汞、有机磷)和生物中毒(河豚、生鱼胆)。② 夏季应注意排除霍乱或 0157∶H7 感染的可能。③ 对所有发生腹泻的患者，特别伴休克倾向者、老年人及尿量偏少者应慎用或禁用氨基糖苷类抗生素。④ 对所有脱水者应及时、积极补液，补液量依脱水程度而定，同时应注意纠正酸碱中毒及电解质失衡。⑤ 要留取患者的呕吐物、粪便标本送检。⑥ 肉毒中毒病情较重，应及时使用多

价抗毒素血清，基层医疗机构一般无此类药品，因而必须及时与上级医院联系，请求支援，或转院治疗。

二、有机磷农药中毒

有机磷农药中毒是指由于接触或误服有机磷农药而引起的中毒，临床上有机磷农药中毒随使用有机磷的变化而不断变化，前些年主要有敌敌畏、乐果、1605、1059、甲胺磷等，近些年主要有磷铵、久效磷、谷硫磷、倍硫磷等。其毒理作用主要为：有机磷与乙酰碱酯酶活性部位牢固结合，形成磷酸化胆碱酯酶，从而出现毒碱性症状、烟碱样症状及中枢神经系统、呼吸系统、循环系统症状。

【诊断要点】① 有接触或误服有机磷农药史。② 临床主要表现为瞳孔缩小、多汗、心动过缓、肺水肿、肌肉震颤、抽搐、呼吸及循环中枢受到抑制，从患者的身上可嗅到特殊的蒜臭味。轻度中毒：乏力、头昏、头痛、恶心、呕吐、腹痛、视力模糊、瞳孔缩小；中度中毒：在轻度中毒的基础上，出现肌纤维颤动、瞳孔明显缩小、流涎、腹泻、意识尚清楚；重度中毒：昏迷、脑水肿、肺水肿、呼吸麻痹等。③ 检测全血胆碱酯酶活力(ChE)不仅对帮助诊断有价值，还能帮助判定中毒程度，降低至50%～70%为轻度中毒，降低至30%～50%为中度中毒，降低至30%以下为重度中毒。这一指标对治疗效果观察和决定阿托品的使用剂量都具有重要的参考价值。

【治疗要点】治疗原则：避免再次与农药接触，及时洗胃、解毒治疗，补液，密切观察病情变化，及时请上级医院支援或转诊。

1. 一般治疗　尽快脱离现场，脱去污染衣服，尽可能用肥皂洗净暴露或被毒物污染部位(包括皮肤、头发等)，眼睛、耳朵清洗后酌情滴入1%阿托品1～2滴。有条件者立即吸氧。注意保暖，防止呕吐物引起窒息。密切观察病情变化，出现呼吸，心跳骤停，一次性静脉注射阿托品30 mg；出现抽搐则用地西泮(安定)10～20 mg每6小时1次静脉注射或10%水合氯醛15 ml灌肠。

2. 治疗程序

(1) 中毒2～3小时以内，应予洗胃，常用2%碳酸氢钠5 000～15 000 ml洗胃。直到洗出物无蒜臭味为止。

警示：① 敌百虫中毒禁用碳酸氢钠等碱性液洗胃，可用冷清水、凉开水洗胃。② 注意胃的进出量及洗胃机的性能，以防发生意外。

(2) 解毒治疗，使患者尽快“阿托品化”(即出现面色潮红，皮肤干燥，瞳孔散大、心率加快，肺部听诊啰音消失)。

阿托品，首次5～40 mg，静脉注射，每10～30 min重复给药或静脉滴注维持。

警示：① 剂量个体差异大，应密切观察，注意阿托品化与阿托品中毒的鉴别。② 阿托品剂量不足与过量的鉴别。③ 注意滴速。④ 阿托品必须与氯磷定同时使用。常用：氯磷定 0.25～0.5 g 缓慢静脉注射(至少 10 min 注完)，半小时后以每小时 0.4 g 的速度静脉滴注，共用生理盐水 10～20 ml/小时。氯磷定剂量依中毒程度而定，一般轻度 0.25～0.5 g，中度 0.5～0.75 g，重度 0.75～1.0 g。

(3) 抢救过程应加强监护，特别应及时复查 ChE，并根据其变化，不断调整阿托品剂量。

【注意事项】

1. 轻度皮肤接触中毒，如抢救及时，预后大都良好；中度以上中毒出现肺水肿、脑水肿、心肌损害、上消化道出血者预后较差；重度中毒如救治不及时，死亡率仍较高，并常发生猝死，故应及时与患方沟通。对极严重者应请上级医院支持。

2. 阿托品使用严防发生“反跳”，特别注意使用方法及停药后 2～8 日内的病情观察。

3. 复能剂的使用应在中毒后 24 小时内早期应用，24 小时后应用不起作用，但对有重吸收者可再次使用。常用氯磷定、解磷定、双复磷、双解磷、解磷注射液等。

4. 复能剂常与阿托品联合应用，阿托品常与东莨菪碱联合应用。

5. 抢救过程必须注意监测 ChE 的变化，ChE 的变化不仅能指导用药，还对预后的判断有重要的参考价值。

6. 有机磷农药中毒由于发生较多，因而医疗纠纷发生也较高，引发医疗纠纷常见如下情况：① 洗胃不及时；② 洗胃机失灵；③ 阿托品化与阿托品中毒及阿托品剂量的认定；④ 阿托品停药后的反跳；⑤ 复能剂未能及时使用；⑥ 过高热；⑦ 对并发症的处理不得力等。以上问题在抢救时应特别注意。在抢救过程中，要注意对抢救室内人员的保护，通常洗胃后室内有浓烈的蒜臭味，抢救人员常被熏得头昏、眼花，必须注意戴口罩，操作人员带手套，并打开窗户，冬天要注意保暖，不能顾此失彼。

三、 百草枯中毒

百草枯中毒是指误服百草枯而引起的急性中毒，病死率高达 85%～95%。百草枯又名对草快、克无踪，是一种广泛使用的速效触杀型灭生性除虫剂，是使用最早的除草剂之一。

【诊断要点】① 有百草枯服用史。② 临床主要表现为剧烈呕吐，上消化道黏膜红肿，疼痛或溃疡形成，急性肺泡炎和迅速发展的肺间质纤维化，进行性呼吸困难，导致严重的难治性低氧血症而死亡。③ X线胸片可

见肺水肿样改变。④ 尿、血可检出毒物。

【治疗要点】治疗原则：减少毒物吸收，促进毒物排泄和加强支持治疗。

1. 一般治疗　立即入急诊中心留观，禁食，禁止催吐。

2. 对症治疗

(1) 减少毒物吸收：① 可用矽酸铝或漂布土配成浓度为15%的溶液，成人1 L，儿童15 ml/kg，口服或胃管注入；② 活性炭60 g加入100 ml水中，口服或胃管注入，每2～4小时重复，共用48小时直到症状改善；③ 硫酸钠30～40 g加入甘露醇250 ml，口服或胃管注入。

(2) 氧气吸入：除非出现严重的缺氧表现，否则不需要吸氧，必须吸氧时氧浓度不能过高，将氧分压维持在70 mmHg左右即可。谨防高浓度氧增加百草枯的毒性而使中毒加深。

(3) 积极防治肺纤维化，常用环磷酰胺和糖皮质激素。

(4) 一旦出现急性肾衰竭，立即给予血液透析或血液灌流。

(5) 加强舌炎、咽炎、食管炎、胃炎的治疗，可参照有关章节用药。

(6) 积极防治肺水肿，但不建议使用利尿剂。

(7) 控制继发感染。

【注意事项】

1. 若摄入百草枯量小于20 mg/kg，无临床表现或出现呕吐、腹泻，多数患者能完全恢复。若摄入量达到20～40 mg/kg，多数患者在2～3周内死于多器官衰竭。

2. 胃肠灌洗在第二次给药前应仔细听肠鸣音，如果没有肠鸣音必须停止灌注活性炭。

3. 尽快对尿进行现场毒物测定，若为阴性可于摄入百草枯6小时后再次测定，如仍为阴性，则表明出现严重损害的可能性很小。此外，血清的定量分析可预测病情的严重程度和对预后做出判断，但基层医院一般不能做血清的定量分析。

4. 百草枯毒力强，死亡率高，由于应用广泛，中毒病例时有发生，为此引发的医疗纠纷较多，常见于：① 基层医护人员对百草枯缺乏了解，常把百草枯中毒视为有机磷农药中毒；② 吸氧未掌握指征，常给予高浓度，高流量氧；③ 不熟悉胃肠灌洗；④ 不能检测毒物；⑤ 防止上消化道黏膜溃疡不力等，今后应加强基层人员对新型农药中毒知识培训。

四、急性亚硝酸盐中毒

亚硝酸盐中毒是指使用大量青菜、小白菜、韭菜、菠菜、新腌制咸菜、变质剩菜或误服亚硝酸盐而引起的急性中毒。前者以食用蔬菜为主引起

的常发生于饥荒、粮食短缺的时期，又称为肠源性青紫症。后者常发生于误用或有意服用，由于亚硝酸钠与食盐极为相似，极易造成误用，存放时不能放入厨房内，还应加以特别标志，以免误用。

【诊断要点】① 有食用过量硝酸盐或亚硝酸盐食物或不新鲜蔬菜或误服亚硝酸盐史。② 临床常表现为：恶心、呕吐、腹胀、腹痛、头痛、头昏、头晕、乏力、烦躁、抽搐、血压下降、呼吸困难、意识不清，甚至昏迷、瞳孔散大、面色潮红及明显紫绀。③ 血中高铁血红蛋白明显高于正常(>15%)。

【治疗要点】治疗原则：立即使用氧化还原剂，立即采取解毒、排毒的有效措施。

1. 一般治疗　意识清楚者给口服糖水和高糖食品，迅速打开静脉通道，检测高铁血红蛋白含量，测心率、脉搏、呼吸和血压。

2. 急救措施

(1) 对食入不新鲜蔬菜者：① 立即静脉注射 50%葡萄糖注射液 50 ml或 10%葡萄糖注射液 500 ml+维生素 C 3 g 静脉滴注。② 10%葡萄糖注射液 500 ml+亚甲蓝 1 mg/kg 静脉滴注，必要时可重复使用。

(2) 对误服亚硝酸盐者：① 立即应用 10%葡萄糖注射液 500 ml+亚甲蓝 1～2 mg/kg 静脉滴注。② 活性炭 50 g+100 ml 温开水一次性口服。③ 硫酸钠 30～50 g 一次性口服。④ 必要时进行洗胃、导泻、利尿。

3. 对症治疗　对血压下降和休克可参照休克章节治疗措施，但不能使用肾上腺素。

【注意事项】① 根据亚硝酸盐中毒的病因制定相应急救措施。② 食用蔬菜引起发病较缓慢，病情较轻，误服亚硝酸盐者发病急，常在事后 2 小时左右发病，其程度与食入量有关，病情较重。③ 亚甲蓝：低浓度主要用于亚硝酸盐、氯酸盐、脂类、醌亚安类、苯胺及硝基苯等引起的高铁血红蛋白血症；高浓度主要用于治疗氰化物中毒。④ 亚甲蓝主要的副作用：A. 剂量过大时，可引起恶心、腹痛、眩晕、头痛、出汗、心前期痛、尿道灼痛、神志不清等；B. 用药后尿成蓝色、大剂量使用时可出现全身皮肤发蓝；C. 不可皮下注射、肌内注射或鞘内注射。⑤ 重症患者应及时使用亚甲蓝和氧化还原剂，但目前不少基层医院缺乏亚甲蓝，前几年曾发生过一家 2 级医院遇到亚硝酸盐中毒病例，因缺乏亚甲蓝，竟动用直升机调运才使病人抢救成功。由于目前本病很少见，亚甲蓝又存在有效期，故基层医院储存确实存在具体困难。

五、 急性拟除虫菊酯杀虫药中毒

拟除虫菊酯杀虫药中毒是指由于接触或误服人工合成的拟除虫菊酯类杀虫药而引起的中毒症状。

【诊断要点】① 常有短期类接触较大量拟除虫菊酯杀虫药病史，接触后出现瘙痒、红斑、红色丘疹、出汗、畏光、流泪等症状。② 按中毒程度分：A. 轻度中毒常表现为头痛、头晕、恶心、呕吐、乏力、视力模糊、上腹部灼痛；B. 中度中毒常表现嗜睡、流涎、胸闷、四肢肌肉震颤、抽搐、心律失常；C. 重度中毒可表现为四肢痉挛、角弓反张、呼吸困难、发绀、肺水肿，甚至昏迷。拟除虫菊酯类杀虫药一般为人工合成，其特点是对昆虫的杀灭力大，对人畜毒性很小。

【治疗要点】治疗原则：迅速脱离毒物，洗去或彻底清除毒物，目前尚缺乏特效解毒剂，以对症治疗为主。

(1) 一般处理接触中毒者迅速应用清水或肥皂水清洗皮肤；口服中毒者可用2%碳酸氢钠溶液洗胃，并适当补液，积极采取措施以防肺水肿、脑水肿。

(2) 轻度中毒为控制症状，缩短病程，可用：

葛根素 250 mg 静脉注射或静脉滴注，2～4 小时可重复一次，24 小时总量不超过 20 mg/kg，7 日为一疗程。

警示：① 葛根素为对症治疗用药，非特效药；② 对仅有局部皮肤症状者，尽量不使用本方；③ 用药过程中注意病情变化，如少数患者出现暂时性腹胀、恶心，可自动消失，不需要停药但如出现发热、皮疹及过敏反应则应停药并对症处理；④ 禁用于严重肝肾损害、心衰，对血容量不足者应先补充血容量。

(3) 为减轻轻度中毒引起的头痛、头晕、视力模糊、焦虑等症状，可用：

地西泮　5～10 mg　肌内注射　立即

警示：① 孕妇和哺乳者禁用；② 不能用于慢性精神病，严重抑郁症慎用；③ 一般仅用一次。

(4) 为防治因中毒引起的肌肉震颤、抽搐，可用：

苯妥英钠　0.1～0.25 g　肌内注射

警示：① 禁用于对乙内酰脲产物有过敏史、窦性心动过缓、窦房传导阻滞、Ⅱ度或Ⅲ度房室传导阻滞伴阿斯综合征、心衰、贫血、白细胞减少或妊娠者；② 应用过程中可引起嗜睡、语言障碍、恶心、呕吐、瘙痒及荨麻症等副作用；③ 若口服用药最好禁食时服药，以减少胃肠道反应。

【注意事项】① 抢救过程中应注意防治肺水肿、脑水肿，详见各有关章节。② 抢救中必须保持呼吸通畅，必要时吸氧，注意保持水、电解质平衡。③ 为防止感染，可适当选用抗生素。④ 重度中毒预后差，轻度中毒如处理及时预后良好。⑤ 加强医患沟通，向患方交代清楚病情，我们曾鉴定过一位青年农民因应用溴氰菊酯灭虫，发生中度中毒，经医院治疗患

者仍视力模糊，与医院发生争议，患方坚持认为医方治疗不力所造成。鉴定专家认为医方治疗过程符合医疗原则，视力模糊与自身中毒有关，不属于医疗事故，眼科专家指出可用采取中西医结合治疗，经治疗 3 个月后视力恢复正常。

六、 急性氨基甲酸酯类杀虫药中毒

氨基甲酸酯杀虫药中毒是指接触、口服或误服此类杀虫药而引起的急性中毒症状，常在接触此类毒物后 10～30 min 内出现毒蕈碱，烟碱样症状和中枢神经系统症状。

【诊断要点】① 常有短期内接触较大量此类杀虫药病史。② 按中毒成分分：A. 轻度中毒表现为头痛、头晕、恶心、呕吐、流涎、多汗、视力模糊、瞳孔缩小等；B. 中度中毒除上述症状外，尚可少出现肌纤维颤动，主要出现在四肢和面部肌群；C. 重度中毒可出现昏迷、肺水肿、呼吸衰竭、心肌、肝或肾功能损害。血胆碱酯酶活力下降程度可帮助判定中毒程度。

氨基甲酸酯类杀虫药具有高效、作用快，对昆虫选择性强，对人畜毒性低等特点，在生产过程中引起的中毒病情较轻，若自误或误服中毒病情较重。由于临床表现与有机磷农药相类似，故应注意两者之间的鉴别诊断，见表 1－2－1。

表 1－2－1　氨基甲酸酯类杀虫药与有机磷农药中毒的鉴别诊断

	氨基甲酸酯类杀虫药中毒	有机磷农药中毒
病史	接触或服用氨基甲酸酯杀虫药史	有接触或服用有机磷农药史
中毒的严重性	较重	严重
阿托品有效	有效	显效
阿托品剂量	小剂量，严防阿托品过量	大，必须达到阿托品化
使用时间	中毒后立即使用，必要时重复不存在“反跳”	中毒立即用至阿托品化后减量，严防停药后“反跳”
复能剂	禁用	常与阿托品联合应用
ChE 变化	15 min 降到最低水平，1～2 h 可恢复正常，不需要连续监测	其变化与中毒症状成正比，必须进行连续监测

【治疗要点】治疗原则：迅速清除毒物，脱离中毒环境，检查血胆碱酯酶，结合临床表现判断中毒程度，依中毒程度选用适当剂量的阿托品抢救。

1. 一般处理　若接触中毒应迅速用肥皂水彻底清洗被污染的皮肤；若口服中毒应迅速用2%碳酸氢钠洗胃；若出现中毒症状可选用抗胆碱能药如阿托品治疗，剂量依中毒程度而定。

2. 药物治疗　轻度中毒：阿托品 1～2 mg，肌内注射；中度中毒：阿托品 5 mg，肌内注射或静脉滴注；重度中毒：阿托品 10 mg，静脉注射，并以 10 mg 阿托品＋5%葡萄糖注射液 500 ml 静脉滴注维持，必要时阿托品可重复使用，但应防止阿托品过量，此外尚应注意防治并发症和进行对症治疗，如防止肌纤维颤动，可用苯妥英钠，为减轻头痛可用安定等。

【注意事项】① 氨基甲酸酯类农药最常用的有呋喃丹、西维因、灭多威、迅灭威、杀虫双等，可经消化道、呼吸道、皮肤吸收中毒。② 复能剂对氨基甲酸酯类农药引起的胆碱酯酶抑制无复活作用，且可出现副作用，故禁用。③ ChE 主要用于中毒后 15～120 min 监测，不作为整个治疗过程的连续监测。④ 加强医患沟通，要随时向患方告知病情，特别充分说明病情的严重性及可能发生的病情变化，避免引发医疗纠纷。

七、 急性杀虫脒中毒

杀虫脒中毒是指接触、口服或误服杀虫脒原液而引起的中毒症状，对呕吐物、尿液检测毒物有助于诊断。杀虫脒又称氯苯脒、杀螨脒，是一种高效广谱有机氮农业杀虫药和杀螨药，污染皮肤或由呼吸道吸入，误服或自服 25%杀虫脒原液，均可引起急性中毒，其发绀主要为高铁血红蛋白血症引起。

【诊断要点】① 常有生产或使用、口服或误服杀虫脒原液史。生产性中毒通常在接触后 2～4 小时发病，口服或误服常在 30～60 min 内出现中毒症状。② 按中毒程度分：A. 轻度中毒可出现头痛、头晕、恶心、乏力、嗜睡、心悸、轻度发绀；B. 中度中毒可出现浅昏迷、皮肤黏膜发绀、尿急、尿频、尿痛及出血性膀胱炎，少数病例可出现心律失常、发热；C. 重度中毒出现昏迷、全身明显发绀、瞳孔散大、休克和“三衰”，少数可出现肺水肿、上消化道出血、DIC、脑水肿和心跳骤停，并迅速死亡，常发生在大量服用杀虫脒原液后。

【治疗要点】治疗原则：立即脱离现场，迅速采取有效措施清除毒物，并作对症处理。

1. 一般治疗　若为接触中毒，脱去污染的衣物，用肥皂水清洗皮肤；若口服中毒可用2%碳酸氢钠溶液洗胃。临床上常针对出现的症状作对症治疗。

2. 对症治疗

(1) 本症轻度发绀，可用：

维生素C 3.0 g
10%葡萄糖注射液 500 ml 静脉滴注 立即

警示：如应用后效果不明显，可改用亚甲蓝：

亚甲蓝 1～2 mg
50%葡萄糖注射液 20～40 ml 静脉注射 立即

或 0.3%过氧化氢溶液 60～100 ml
10%葡萄糖注射液 250 ml 静脉滴注 必要时可重复

警示：0.3%过氧化氢溶液每天总量不超过200～240 ml。

(2) 本症尿血和并发出血性膀胱炎，可用：

5% 碳酸氢钠 125～250 ml 静脉滴注

警示：本品主要用于碱化尿液，如尿液检查已为碱性可不用或严格控制使用剂量。尚可应用糖皮质激素，出血量大时可选用止血药。

(3) 为加速毒物排出体外，可用：

呋塞米 20～80 mg 静脉注射

(4) 出现溶血：早期应用适量糖皮质激素，静脉滴注低分子右旋糖酐，还可用谷胱甘肽每次100～500 mg肌内注射或静脉注射每天1次，碱化尿液。

【注意事项】① 杀虫脒中毒能引起高铁血红蛋白血症、出血性膀胱炎、溶血、意识障碍和心律失常等改变，重度中毒病情危重，如抢救不及时，可引起病人死亡。② 亚甲蓝如剂量过大，反使血红蛋白的二价铁氧化为三价铁而形成高铁血红蛋白，加重紫绀，故无紫绀者不主张使用亚甲蓝，必须使用时要注意掌握适当的剂量。③ 杀虫脒中毒与亚硝酸盐中毒均可引起高铁血红蛋白血症，均能引起紫绀，应注意鉴别，前者紫绀程度相对后者为轻，但前者可出现出血性膀胱炎、溶血，后者以明显紫绀为主，前者尿中可检测出毒物及其代谢物，后者常不易检出；前者使用亚甲蓝必须控制剂量，后者剂量较大。此外，病史可帮助鉴别诊断。④ 重度中毒者应加强心电监护，随时检测电解质及酸碱指标，定期检肝、肾功能，有出血倾向者应注意检测出凝血指标，重度中毒预后不良。⑤ 可根据病情变化防止并发症，如血压的维持，心、脑水肿的纠正，电解质及酸碱平衡等。若出现心律失常，可根据心律失常情况予以纠正，但不能使用利多卡因，因其与杀虫脒及其代谢产物的化学结构相似，有麻醉和抑制心血管的作用。⑥ 杀虫脒中毒继发感染，应选用抗生素防治感染，常根据病情选用喹诺酮类抗生素、头孢类抗生素等。尚应注意维持水、电解质及酸碱平衡，必要时应行心电监护，肝肾功能监测，防止心、肝、肾功能衰竭。

八、 灭鼠剂中毒

灭鼠剂中毒是指由于误食或投毒而引起全身中毒性改变，出现全身

中毒症状者。大体分为：① 抗凝血灭鼠剂：如敌鼠、氯鼠酮、杀鼠酮、杀鼠醚等。② 痉挛剂灭鼠剂：如氟乙酰胺、氟乙酸钠、氟乙醇、甘氟、毒鼠硅、毒鼠强等。③ 取代脲类灭鼠剂：如安妥、捕灭鼠、抗鼠灵等。

【诊断要点】① 常有接触、使用或误用灭鼠剂病史。② 分析临床表现：抗凝血灭鼠剂中毒主要表现为突然发生程度不等的出血；痉挛剂灭鼠剂中毒主要表现为阵挛性惊厥，突然晕倒；取代脲类灭鼠剂中毒主要表现为自主神经功能紊乱、中枢及周围神经系统障碍。③ 尿中可检测出相关毒物原型或代谢产物。

【治疗要点】治疗原则：迅速查明中毒情况，尽快进行抢救治疗。

1. 一般治疗　口服灭鼠剂中毒者应予催吐、洗胃、导泻。生产性中毒者，应立即脱离现场，脱去污染的衣物，清洗污染的皮肤等。眼部污染者应使用清水清洗。目前尚缺乏特效解毒剂，以对症处理为主，严重者予血液净化治疗。

2. 对症治疗

(1) 抗凝血灭鼠剂轻度中毒，可用：

维生素 K_1　10～20 mg　肌内注射　每日 3 次

或　维生素 K_1　20 mg｜静脉滴注，每 8 小时 1 次
5%葡萄糖注射液　250 ml｜直至凝血酶原时间完全恢复正常为止

(2) 取代脲类灭鼠剂中毒，可用：

烟酰胺　200～400 mg｜
5%葡萄糖注射液　250 ml｜静脉滴注　每日 1～2 次

【注意事项】① 用药期间加强凝血酶原时间监测，此指标可作为治疗效果及预后的判定。② 一旦发现大出血，如内脏出血、颅内出血、失血性休克提示为重度中毒，应予加输全血或新鲜冷冻血浆或凝血酶原复合浓缩物，必要时尚可用地塞米松及支持治疗。③ 痉挛剂灭鼠剂中毒出现癫痫样抽搐，应及时采用药用炭血液灌流治疗，亦可对症处理。④ 维生素 K_1 是抗凝血杀鼠剂的特效拮抗剂，及早、足量使用效果明显，直用至凝血酶原时间完全恢复正常。⑤ 烟酰胺是取代脲类灭鼠剂的有效用药，主张及早、足量使用，即使早期中毒症不明显，也应使用。但禁用烟酸，因烟酸舒张血管使血压控制复杂化，给抢救带来麻烦。⑥ 毒鼠强毒性大，中毒后死亡率高，又缺乏特效解毒剂，基层医院抢救难度大，为此而引发的医疗纠纷较多，务必加强医患沟通，基层医院应及时请上级医院支持，同时要向卫生行政主管部门汇报，加强毒鼠强的管理，把住生产关、销售关、使用关和管理关。

九、一氧化碳（煤气）中毒

一氧化碳中毒是指因接触一氧化碳、过量吸入引起的中毒性疾病，俗

称煤气中毒。常见于钢铁工人，制造光气、甲醇、合成氨的工人及冬季居民烤火等。

【诊断要点】

1. 有一氧化碳接触史，根据临床表现划分中毒等级，急性中毒常分为四级：① 轻度中毒：头痛、头晕、心悸，中等活动时呼吸困难；② 中度中毒：严重头痛、恶心、视力模糊、判断及记忆力失常，心跳加快，面色潮红，口唇呈樱桃红色；③ 重度中毒：精神错乱、共济失调、昏迷、抽搐或晕厥；④ 极重度中毒：面色呈桃红色，血压下降，大小便失禁，瞳孔缩小或扩大，呼吸衰竭或昏迷而死亡。

2. 一氧化碳血红蛋白（COHb）检查　主要用于煤气中毒的诊断，其浓度与临床表现有关，＞10％为轻度中毒，＞30％为中度中毒，＞50％为重度中毒，60％以上为极重度中毒，80％以上很快死亡。

3. 一氧化碳中毒迟发性脑病（神经、精神并发症）　一氧化碳中毒患者在意识恢复后，经过2～60天的“假愈期”，可出现下列临床表现之一：① 精神意识障碍：呈现痴呆状态，谵妄状态或去大脑强直状态。② 锥体外系神经障碍：出现震颤麻痹综合征。③ 锥体系神经损害：如偏瘫、病理反射阳性或大小便失禁等。④ 大脑皮质局灶性功能障碍：如失语、失明等，或出现继发性癫痫。⑤ 一氧化碳中毒应注意与脑血管意外、脑膜炎、糖尿病酮症酸中毒以及其他中毒引起的昏迷相鉴别，根据病史、临床表现及COHb检查不难鉴别。

【治疗要点】治疗原则：纠正缺氧，防治并发症。

1. 一般治疗　立即脱离现场，打开门窗，应使昏迷患者保持呼吸道通畅，必要时行气管切开，加强护理，注意营养，保持水、电解质平衡。

2. 对症治疗

（1）纠正缺氧：① 面罩给氧：氧流量6～8 L/min，也可采用鼻饲管给药；② 必要时应用人工呼吸机正压给氧；③ 高压氧：进高压氧舱治疗能增加血液中溶解氧，提高动脉血氧分压，可迅速纠正组织缺氧，为抢救本病的有效手段，有条件时应及时使用；④ 呼吸停止时，应及早进行人工呼吸，或用呼吸机维持呼吸。

（2）防治脑水肿可用：

20％甘露醇　250 ml　静脉滴注　每6～8小时1次，　2～3天后颅压增高减轻

地塞米松	10～30 mg	静脉注射　必要时第二天重复
50％葡萄糖注射液	40 ml	

（3）控制抽搐可用：

地西泮　10～20 mg　静脉注射　立即

(4) 控制感染：以药敏为依据选择敏感抗生素控制感染。

(5) 促进脑细胞代谢，可用：

甲氯芬酯　0.25～0.5 g　肌内滴注

或　脑磷胆碱　0.5～1 g
　　5%葡萄糖注射液　250 ml　｜　静脉滴注，每日1次

或　维生素C　3 g
　　10%葡萄糖注射液　250 ml　｜　静脉滴注　每日1次

尚可应用ATP、COA、细胞色素C等。

【注意事项】① 一氧化碳中毒抢救时，抢救者应俯伏入室，因为CO比空气轻，如站立入室，有可能使救护者吸入CO。入室后立即打开门窗，关闭煤气来源的开关，或将烤火炉加盖。迅速将病人转移到空旷、空气新鲜的地方，吸入新鲜空气。据统计，CO由COHb释放出半量约需4小时；吸入纯氧可缩短至30～40 min；吸入约300 kPa的纯氧可缩短至20 min。高压氧治疗能增加血液中的溶解氧，提高动脉血氧分压，使毛细血管内的氧容易向细胞内弥散，迅速纠正组织缺氧。呼吸停止时，应及早进行人工呼吸，或用呼吸机维持呼吸；危重病人可考虑血浆置换。② 频繁抽搐者首选安定治疗，抽搐停止后静脉滴注苯妥英钠100 mg+5%葡萄糖注射液250 ml，必要时可重复。③ 抢救过程中要认真防治并发症和后发症，加强护理，防治压疮，密切观察神经精神变化，早期发现后发症，并进行早期干预、早期治疗。④ 一氧化碳中毒引发医疗纠纷主要发生在后发症，加强医患沟通，耐心细致解释病情，密切观察病情变化可有效地减少医疗纠纷。

十、 急性酒精中毒

急性酒精中毒是指一次性过量饮酒引起的急性中毒。酒精主要经胃及小肠吸收，对中枢神经系统有抑制作用。首先作用于大脑皮质，继之影响皮质下中枢，可引起延髓血管运动中枢和呼吸中枢麻痹，尚可致低血糖和代谢性酸中毒。血液中乙醇浓度达到0.4%～0.5%时可致命。

【诊断要点】

1. 有饮酒史，特别是一次性饮大量烈性白酒史。

2. 呼出气体有明显酒精气味。

3. 临床表现可分为三期：① 兴奋期：头痛、兴奋、易激怒，常有呕吐，面色潮红或苍白，可哭可笑、常寻衅闹事，有酒就喝，来者不拒。② 共济失调期：行为笨拙、言语不清、视力模糊、步态不稳、丑态百出，出现共济失调。③ 昏睡期：昏睡、皮肤湿冷、心跳加快、血压下降、大小便失禁，频繁呕吐、躁动后转为昏睡、昏迷，甚至呼吸、循环衰竭死亡。

4. 血检测乙醇浓度>0.2%，甚至>0.4%。

【鉴别诊断】急性酒精中毒需要与假酒中毒相鉴别：假酒多是由于白酒中混入工业酒精所致。假酒中毒多主要为甲醇中毒。人口服甲醇5～10 ml可致严重中毒；一次口服15 ml可致失明；一次口服30 ml以上可致死。甲醇可经胃肠道吸收，或在体内可氧化为甲醛，进而氧化成甲酸，其对中枢神经系统有显著的麻醉作用，可引起脑水肿；视神经和视网膜有特殊的选择作用，易引起视神经萎缩，导致失明；可抑制糖的需氧分解，造成乳酸其他有机酸的积聚，以及甲酸积累而引起的酸中毒；对肝脏有直接毒害作用，可使肝细胞坏死和脂肪变化。

【治疗要点】治疗原则：重度中毒及时抢救，积极防治并发症。

1. 一般治疗　轻者无需特殊治疗，给予茶水、柠檬果汁、热糖茶，卧床休息，注意保暖等可自行恢复。重症昏睡者需送医院进行对症治疗和解酒治疗，包括催吐、洗胃、静脉滴注能量合剂，抗脑水肿，促苏醒，2小时内应洗胃。

2. 对症治疗

(1) 急性乙醇中毒稀释毒素，可用：

1%碳酸氢钠溶液　5 000～15 000 ml　洗胃

药物	剂量	用法
10%葡萄糖液	200～250 ml	静脉滴注　每日1次 视病情决定第二天是否重复
ATP	40 mg	
维生素 B_6	100 mg	
辅酶A	100 U	
胰岛素	8 U	

能量合剂对急性乙醇中毒有一定的治疗作用，有时亦可在使用能量合剂前先静脉推50%葡萄糖注射液40～50 ml，必要时3小时后再重复使用一次。

(2) 重度酒精中毒伴发脑水肿，可用：

20%甘露醇　100～250 ml　静脉注射　每12小时1次

(3) 重度酒精中毒昏睡、昏迷者，可促苏醒，抗休克，可用：

纳洛酮　0.4～0.8 mg/次　肌内注射、静脉注射或静脉滴注均可

警示：① 对高血压、心功能不全慎用。② 使用期间偶尔有一过性、短暂性恶心、呕吐。

【注意事项】① 慢性乙醇中毒易引起肝硬化或中毒性肝损伤，神经精神障碍；急性中毒可引起呕吐物窒息而死，亦可引起急性黄色肝萎缩致死，偶尔一次性醉酒，只要及时救治，预后一般良好。② 浓茶不能解酒。③ 重度醉酒或长期大量饮酒者应注意检查肝功能及肝、胆、胰B超，必要时进行心电图检查。④ 慎用镇静剂，以免加重呼吸抑制。⑤ 加强医患沟通，急性

酒精中毒引发的医疗纠纷主要表现在：A. 患方总认为醉酒不是大病，一旦引起严重后果，总认为医方不负责；B. 医方对重度酒精中毒可能导致急性黄色肝萎缩、急性胰腺炎、心肌梗死认识不足，向患方交代不清楚；C. 密切观察病情不够，不少昏睡的醉酒者，常在沉睡中停止了呼吸和心跳。

十一、 毒蛇咬伤

毒蛇咬伤是指由于人在野外工作或行走时被毒蛇咬伤所引起的急诊，根据毒蛇对机体的损害主要有三种毒素即：血液循环毒素（心脏毒、肌毒和凝血障碍毒）、神经毒素、混合毒素（同时具有上述两种毒素）。神经毒素主要为眼镜蛇、金环蛇和银环蛇所咬造成；血液循环毒素主要为蝮蛇、五步蛇、烙铁头蛇和竹叶青蛇所咬造成；混合毒素主要为眼镜王蛇、眼镜蛇、五步蛇、竹叶青蛇等所咬造成。

【诊断要点】① 蛇咬后可留有牙痕，无毒蛇咬人后在皮肤上留下一排整齐的齿痕；有毒蛇咬人后除留下一般的齿痕外，另有两颗毒牙的齿痕，较一般的无毒蛇齿痕大而深。② 有蛇毒引起的相关症状，如为神经毒素，在被咬处灼痛、麻木、走路不稳、四肢无力、头重下垂、上睑下垂、流涎、恶心呕吐、吞咽困难、言语不清，继之出现四肢瘫痪、呼吸微弱、自觉窒息。最后可因呼吸中枢麻痹和心力衰竭而死亡。从咬伤到死亡相隔 30 分钟到 30 小时不等；如为血液循环毒素，在被咬伤处剧痛，红肿，并自伤口不断流出血水。被咬者出现冷汗、恶心、晕厥、多处出血（鼻、眼结膜、皮下）、呕血、咯血、尿血，由于血液不凝所致，最后发生循环衰竭死亡。从咬伤到死亡相隔 2～7 日不等。混合毒素常有上述各种临床表现。

实验室检查：用酶联免疫吸收法测定伤口渗液、血清、脑脊液和其他各种体液中的特异性蛇毒抗原。经 15～30 min 有条件的实验室可检测为何种蛇毒。

【治疗要点】治疗原则：妥善处理伤口，防止毒液扩散，及时使用解毒剂。

1. 治疗程序　① 处理伤口：清除伤口的毒液，用肥皂和清水清洗，并拔出残留毒牙。② 在咬伤处上方 3～4 cm（近心端）缚扎止血带，以阻断静脉血和淋巴液回流。③ 限制伤肢活动，并将受伤肢体放于低位。④ 预防感染。

2. 药物治疗　及时选用解毒剂或抗毒血清。

（1）败毒煎：适用于毒蛇咬伤（轻症）

南通败酱草 20 g、七叶一枝花 9 g、半枝莲 25～50 g　煎汤分早晚 2 次饮服

或　南通蛇药（或季德胜蛇药）5 片　每日服 3 次　同时服解毒片 2～4 片

每日服 3 次

(2) 蝮蛇、五步蛇、眼镜蛇咬伤,可用:

群生蛇药　首次服 40 ml　以后每次服 25～30 ml　每日服 3～4 次

群生蛇药注射液　用于伤口周围局部环封　每次注射 2～4 ml　在蛇咬伤后 2 小时内肌内注射

警示:症状重者及时加用抗毒血清。

(3) 蝮蛇咬伤,可用:

精致蝮蛇抗毒血清　8 000 U | (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注

(4) 海蛇、眼镜蛇咬伤,可用:

海蛇抗蛇毒素、印度眼镜蛇多价特异抗蛇毒素　100 ml(皮试阴性)　静脉注射

【注意事项】

1. 毒蛇咬伤如救治及时,预后良好,如救治不及时或救治不当可引起死亡,即使抢救成功,还可能留有后遗症。

2. 毒蛇咬伤后应首先鉴别何种毒蛇咬伤,如能捉到此蛇鉴别,则更好。如为剧毒蛇咬伤,预后严重,应及时与患方沟通,并请求上级医院支援。

3. 对不能确定何种毒蛇咬伤时,主要处理局部伤口,预防感染,适当使用中草药治疗,这方面我国民间有许多成熟的经验可参考。

4. 抗毒血清使用要早,一旦确定何种毒蛇,应立即使用相应抗毒血清。使用前应做皮试,阳性时应进行脱敏处理。

5. 毒蛇咬伤在夏秋季常有发生,基层医院因缺乏抗毒血清而引发医疗纠纷,城市医院,年轻医生常因缺乏临床经验,处理欠及时,易引发医疗纠纷。有一家三级医院急诊室,接待一位农民急诊,这位农民在田间劳动时只觉得足背被什么东西叮了一下,未发现蛇虫之类毒物,只感到足背发麻,头晕眼花、胸闷、呼吸困难、语言障碍、流涎,急诊医师对创面进行了处理,并给予氧气吸入,5%葡萄糖注射液 500 ml 静脉滴注,约 2 个小时后病人突然呼吸、心跳骤停而死亡。家属认为医院抢救失误应负全责,后经上级医师观察死者伤口留有典型的毒蛇伤痕,专家鉴定认为急诊医师缺乏经验未能及时明确诊断,未能及时使用抗毒血清,负有医疗责任构成一级医疗事故。由于入院不到 3 小时,患方未能准确提供病史,因而医方负有次要责任。

十二、 毒虫蜇伤

毒虫蜇伤是指由蜂类、毒蝎、毒蜘蛛等,蜇伤所引起的急诊。此类蜇伤目前较为常见,甚至有毒蜂蜂群袭人的事件发生,后果十分严重。

【诊断要点】① 有被黄蜂、马蜂、毒蝎、毒蜘蛛等毒虫的蜇伤史，伤口内常遗留有毒囊或尾刺。② 临床主要表现为蜇伤处局部红肿、疼痛、瘙痒、麻木、出现水泡，常伴发热、头痛、恶心、腹痛、意识不清，甚至昏迷等全身症状。严重者出现溶血、过敏性休克、急性肾衰竭、心力衰竭、呼吸衰竭等并发症，可于数小时内死亡。③ 严重病例抢救成功后。常留有后遗症，必须引起重视。鉴别诊断一般不难，因为病人及其亲属常能准确提供病史。

【治疗要点】治疗原则：一旦被蜇，必须立即到就近医院诊治，并注意休息。

1. 一般治疗　宜进易消化，富含维生素、蛋白质的饮食，多吃西红柿、西瓜及新鲜蔬菜。妥善处理伤口，剔出毒虫的尾刺或毒囊，以5%苏打水涂抹伤口。

2. 对症治疗

(1) 如为蜂类蜇伤，可用：

南通蛇药片(或季德胜蛇药片)8～12片　顿服

(2) 黄蜂蜇伤咽喉、口腔部，可用：

0.5%～1%麻黄碱　或　0.1%肾上腺素　喷喉、咽部

警示：观察呼吸情况，警惕喉头水肿。

(3) 毒虫蜇伤引起的肌肉痉挛，可用：

10%葡萄糖酸钙	10 ml	缓慢静脉注射
50%葡萄糖注射液	40 ml	

(4) 毒虫蜇伤引起的过敏反应，可用：

氯苯那敏(扑尔敏)　4 mg　口服　每日3次

或　西替利嗪(仙特敏)　10 mg　口服　每日2次

如发生严重过敏反应，此组药无效时可适当使用糖皮质激素。

3. 重症抢救　必须及时、果断、对过敏性体质、心力衰竭、呼吸衰竭、急性肾衰竭、溶血的治疗，参照相关章节。

4. 治疗过程中还应积极防止感染，适当使用抗生素。

【注意事项】① 被毒蜂蜇伤后，往患处涂氨水基本无效，因为蜂毒的组胺用氨水是中和不了的。② 黄蜂有毒，但蜜蜂没有毒。被蜜蜂蜇伤后，也要先剔出断刺。在处置上与黄蜂不同的是，可在伤口涂些氨水、小苏打水或肥皂水。③ 被蜂蜇伤20分钟后无症状者，一般无大碍。④ 毒虫蜇伤如处理及时预后良好，如处理不及时，出现过敏性休克、急性肾衰竭、循环衰竭、呼吸衰竭等预后差，甚至发生死亡，值得引起重视。⑤ 对遭毒蜂群袭击重伤者治愈后常需要进行心理疏导治疗，以消除其恐惧心理。

（吉济华　吉　芸　汤秀玲）

第二章

常见内科疾病

第一节　呼吸系统疾病

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或咽喉部急性炎症的总称。大多由病毒引起，少数为细菌所致，是最常见的一种传染性疾病，传染性强，可引起较重的并发症，如中耳炎、支气管炎、肺炎、心肌炎等，应积极防治。本病全年皆可发病，多数为散发，亦可流行。

【诊断要点】① 存在受凉、淋雨、疲劳等诱因。② 根据病因不同，其临床表现可多样，可表现为喷嚏、鼻塞、流涕等普通感冒的症状，或咽痒、发热、乏力等病毒性咽炎的症状，或声嘶、讲话困难等病毒性喉炎的症状，或咳嗽、咳痰等病毒性支气管炎的症状，或发热、咽痛伴软腭、悬雍垂、咽和扁桃体表面出现灰白色疱疹及浅表溃疡等疱疹性咽峡炎的症状，或发热、咽痛伴畏光、流泪等咽结膜炎的症状，也可表现为发热、咽痛伴扁桃体肿大等细菌性咽-扁桃体炎的症状。流行性感冒见相应章节。③ 血常规：病毒感染白细胞计数正常或偏低，淋巴细胞比例升高；细菌感染白细胞计数增多，中性粒细胞增多。

【鉴别诊断】① 过敏性鼻炎：临床症状相似，易与混淆。过敏性鼻炎与本病不同之处：A. 起病急骤，可在数分钟内突然发作，可在1～2小时内恢复正常；B. 鼻腔发痒、频繁喷嚏、流出多量清水样鼻涕；C. 发作与气温突变或与接触周围环境中的变应原有关；D. 鼻腔黏膜苍白、水肿，鼻分泌物涂片可见大量嗜酸性粒细胞。② 急性传染病：麻疹、脊髓灰质炎、脑炎等急性传染病的早期常有上呼吸道感染症状。因此，对于上述传染病流行季节和流行地区有呼吸道感染症状的患者，应密切观察，进行必要的实验室检查。

【治疗要点】治疗原则：年轻人感染症状轻微，可注意休息，多饮水，不采取药物治疗；老年人或伴慢性支气管炎、支气管扩张症、冠心病等时，需要积极治疗，防止并发下呼吸道感染或诱发心力衰竭。

1. 一般治疗　注意戒烟、休息、多饮水、保持室内空气流通。

2. 药物治疗　根据发热、咽痛、声嘶、流涕等不同症状，可分别采取退热、咽含片、雾化、伪麻黄碱或1%麻黄素滴鼻等对症治疗。

(1) 普通感冒可用：

　　Vc银翘片　2片　口服　每日3次

或　板蓝根冲剂　1包　口服　每日3次

或　马来酸氯苯那敏(扑尔敏)　4 mg　口服　每日1次

　　阿司匹林　0.3 g　口服　必要时

或　对乙酰氨基酚(扑热息痛)　0.5 g　口服　必要时

(2) 病毒性咽炎、病毒性喉炎、病毒性支气管炎、疱疹性咽峡炎、咽结膜炎，可用：

　　利巴韦林含片　50 mg　含服　每日4～6次

或　正柴胡饮冲剂　5 g　口服　每日3次

　　复方对乙酰氨基酚片(散利痛)　1片　口服　每日1～3次

　　必嗽平　8 mg　口服　每日3次

或　急支糖浆　20 ml　口服　每日3次

　　0.1%羟苄唑滴眼液　1～2滴　每日4～6次

或　0.1%无环鸟苷滴眼液　1～2滴　每日4～6次

(3) 细菌性咽-扁桃体炎，可用：

　　乙酰螺旋霉素　0.2 g　口服　每日3次

或　阿莫西林　0.5 g　口服　每日3次

或　青霉素　240万U ｜ (皮试阴性)

　　生理盐水　100 ml ｜ 静脉滴注　每日3次

　　西瓜霜含片　1片　含化　每日5次

【注意事项】① 病情较重及年老体弱者应卧床休息。急性上呼吸道感染可引起并发症，如心肌炎、肺炎、肾炎、风湿病等，因而在治疗过程中必须重视防治并发症，加强医患沟通。② 本病如高热，白细胞明显降低，口服药治疗效果不好时，应考虑静脉滴注抗病毒药如利巴韦林等，根据年龄、体重选择剂量，同时予退热等对症治疗。③ 本病如高热，白细胞明显升高和(或)扁桃体化脓性病变，口服药治疗效果不好时，应考虑静脉滴注抗菌药，首选青霉素类，也可选用大环内酯类、红霉素类以及头孢菌素类等。

二、急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由细菌、病毒的感染、物理化学刺激或过敏引起的支气管黏膜急性炎症。临床上以咳嗽、咳痰为主要症状。

【诊断要点】① 常于寒冷季节或气候突变之时诱发，部分病例由上呼

吸道感染迁延而来。② 先为干咳或少量黏液性痰，后可转化为黏液脓性，痰量增多，咳嗽加剧，偶有痰中带血，支气管痉挛时可有不同程度的胸闷、气促。③ 两肺呼吸音粗，散在干湿啰音，啰音部位常不固定，咳嗽后可减少或消失。④ 辅助检查：血常规中白细胞计数和中性粒细胞计数可不增高或轻度增高；胸部X线检查大多正常或肺纹理增粗。

【鉴别诊断】① 流行性感冒：有流行病史；起病急骤，全身中毒症状重，可出现高热、全身肌肉酸痛、头痛、乏力等症状，但呼吸道症状较轻；血清学检查和病毒分离可确定诊断。② 急性上呼吸道感染：鼻咽部症状明显，一般无明显的咳嗽、咳痰，肺部无异常体征，胸部X线正常。③ 其他疾病：支气管肺炎、肺结核病、支气管哮喘（咳嗽变异性哮喘）、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种疾病均可出现类似本病的临床症状，应根据这些疾病的特点逐一鉴别。

【治疗要点】治疗原则：止咳、祛痰，平喘和控制感染。

1. 一般治疗　患者应休息至体温正常，注意保暖。发热期间鼓励适当多喝水，忌烟。

2. 药物治疗

(1) 干咳为主的急性气管-支气管炎，可用：

　　罗红霉素　0.15 g　口服　每日2次
或　阿莫西林　0.5 g　口服　每日3次
　　咳必清　25 mg　口服　每日3次
或　克咳　3片　口服　每日2次

(2) 痰稠不易咳出的急性气管-支气管炎，加用：

　　溴己新（必嗽平）　16 mg　口服　每日3次
或　标准桃金娘油胶囊（吉诺通）　0.3 g　口服　每日3次
或　氨溴索（沐舒坦）　30 mg　口服　每日3次

(3) 有哮鸣音的急性气管-支气管炎，加用：

　　氨茶碱　0.1 g　口服　每日3次
或　间羟舒喘灵（博利康尼）　2.5 mg　口服　每日3次
或　硫酸舒喘灵（喘乐宁）　2 mg　口服　每日3次

(4) 严重感染的急性气管-支气管炎，可选用：

　　青霉素　320万U ｜（皮试阴性）
　　生理盐水　100 ml ｜静脉滴注　每日3次
或　氨苄西林　2.0 g ｜（皮试阴性）
　　生理盐水　250 ml ｜静脉滴注　每日3次
或　阿奇霉素　0.5 g ｜
　　生理盐水　500 ml ｜静脉滴注　每日1次

	氨溴索(沐舒坦)	60 mg	
	生理盐水	100 ml	静脉滴注　每日2次
或	氨茶碱	0.25 g	
	生理盐水	250 ml	静脉滴注　每日1次
或	氨溴索(沐舒坦)	30 mg	
	0.5%沙丁胺醇(万托林)	1 ml	
	生理盐水	5 ml	雾化吸入　每日2次

此外，尚可根据感染情况选用左氧氟沙星、头孢拉定等药进行治疗。

【注意事项】① 本病可并发肺炎或发展为慢性支气管炎，必须重视，但临床医师在治疗急性气管-支气管炎患者时应避免滥用抗生素。应用抗生素的指征，是患者出现发热、脓性痰和重症咳嗽。另外，近年来因肺炎支原体和肺炎衣原体感染引起的急性气管-支气管炎也趋多见，抗感染治疗时应注意药物抗菌谱。② 密切观察病情变化，如治疗5～7天仍效果不好，转上级医院进一步诊治。③ 本病也可以由病毒感染所致，应注意区别。另外，在流行性感冒流行期间，如有急性气管-支气管炎的表现，应该应用抗流感的治疗措施。

三、 慢性支气管炎

慢性支气管炎(简称慢支)是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征。病情若缓慢进展，常并发阻塞性肺气肿，甚至肺动脉高压、肺源性心脏病。它是一种常见病，尤以老年人多见。吸烟、感染、大气污染、气候变化以及有关过敏因素(如尘埃、尘螨、花粉等)可导致发病。一般晨间咳嗽较重，白天较轻，晚间睡前有阵咳或排痰。常以清晨排痰较多，痰液一般为白色黏液或浆液泡沫性，偶可带血。支气管痉挛时，可引起喘息，常伴有哮鸣音。早期无气急现象，反复发作数年，并发阻塞性肺气肿时，可伴有轻重程度不等的气急，先有劳力性或活动后气喘，严重时动则喘甚，生活难以自理。

【诊断要点】① 常有吸烟史，或其他有害气体、有害颗粒的长期吸入史。② 临床主要表现为咳嗽、咳痰或伴喘息，每年发病持续3个月，连续2年以上，并且排除其他心肺疾患(如肺结核、尘肺、支气管哮喘、支气管扩张症、肺癌、肺脓肿、心功能不全等)之后，即可做出慢支诊断。③ 每年发病持续时间虽不足3个月，但有明确的客观检查依据(如X线检查)，亦可诊断。

【鉴别诊断】慢支的诊断属排他性诊断，做出诊断前必须首先排除其他可以引起慢性咳嗽、咳痰或喘息的心肺疾患，包括支气管哮喘(简称哮喘)、支气管扩张症、肺结核、间质性肺疾病、肺癌、肺脓肿、心功能不全等。

1. 哮喘：单纯型慢支与哮喘的鉴别比较容易，哮喘在没有发展到具有不可逆性气道狭窄之前，其临床特点比较鲜明（常于幼年和青年起病，一般无慢性咳嗽、咳痰史，喘息呈发作性，发作时两肺布满哮鸣音，缓解后可毫无症状，常有个人或家族过敏性疾病史等），不难与慢支鉴别。但喘息型慢支与已经具有一定程度不可逆性气道阻塞的哮喘的鉴别有时十分困难，有人认为喘息型慢支就是慢支合并哮喘，因而不需要对两者再进行鉴别，而且此时两者在治疗上有很多相似之处。对咳嗽变异性哮喘必须注意与慢支鉴别，前者多为阵发性干咳，无痰，夜间症状较重，X线胸片无异常改变，支气管激发试验阳性。

2. 支气管扩张症：与慢支相似，也有慢性反复咳嗽、咳痰，但痰量常较慢支多，多为脓性痰，合并感染时可有发热、大量脓痰，常反复咯血。肺部听诊以湿啰音为主，部位与病灶位置吻合，较固定。病程长者可见消瘦、杵状指（趾）。X线检查常见病变部位肺纹理紊乱，严重者呈卷发状或蜂窝状，受累肺叶常见容积缩小，易合并肺炎。胸部CT（尤其高分辨薄层CT）多数可以明确诊断。

3. 肺结核：肺结核患者多有发热、乏力、盗汗及消瘦、咯血等症状。经痰结核菌检查及胸部X线检查可明确诊断。

4. 间质性肺病：应详细询问病史和职业史。间质性肺病临床表现多样，早期可能只有咳嗽、咳痰，偶有气短。部分患者肺部听诊可闻及Velcro啰音，亦可发生杵状指；肺功能呈限制性通气功能障碍，动脉血氧分压降低；X线胸片和胸部CT见间质性结节影和（或）间质性网格影等，均有助于鉴别。

5. 肺癌：肺癌起病隐匿，早期无特异性临床表现。对慢性咳嗽、咳痰者都应排除肺癌。肺癌患者可有多年吸烟史，咳嗽可为刺激性，可有痰中带血。对于既往明确诊断为慢支的患者，并不能据此排除罹患肺癌的可能性，仍应定期进行胸部X线检查，以免漏诊。对慢支患者慢性咳嗽性质发生改变，或胸部X线检查发现有块状阴影或结节影者，或肺炎经抗生素治疗未能完全消散，尤应警惕。胸部CT、纤维支气管镜、痰脱落细胞学等检查有助于明确诊断。

【治疗要点】治疗原则：针对病因、病期和反复发作的特点，采取防治结合的综合措施。在急性发作期和慢性迁延期应以控制感染和祛痰、镇咳为主。伴发喘息时，应予解痉平喘的治疗。对临床缓解期宜加强锻炼，增强体质，提高机体抵抗力，预防复发为主。

1. 一般治疗　保持良好室内空气流通以及湿度，控制和消除各种有害气体和烟尘，戒烟，注意保暖。加强体育锻炼，增强体质。在气候变化和寒冷季节，注意及时添减衣服，避免受凉感冒，预防流感。注意观察病

情变化，掌握发病规律。

2. 药物治疗　根据病情进展阶段予相应治疗。

(1) 慢支急性发作期(因感染所致)可参照急性气管-支气管炎的抗感染用药。

(2) 慢支急性发作期的静脉用药治疗：

青霉素　320 万 U｜(皮试阴性)
生理盐水　100 ml｜静脉滴注　每日 3 次

或　头孢曲松(罗氏芬)　2.0 g｜(皮试阴性)
生理盐水　100 ml｜静脉滴注　每日 1 次

或　阿奇霉素　0.5 g｜
生理盐水　500 ml｜静脉滴注　每日 1 次

氨溴索(沐舒坦)　60 mg｜
生理盐水　100 ml｜静脉滴注　每日 2～3 次

氨茶碱　0.25 g｜
5%葡萄糖注射液　500 ml｜静脉滴注　每日 1 次

【注意事项】① 不可预防性使用抗生素，在缓解期一般不应用抗生素，不应随意使用、随意更换或随意停止抗生素。② 对老年体弱无力咳痰者或痰量较多者，应以祛痰为主，不宜选用强镇咳药如可待因，以免抑制呼吸中枢及加重呼吸道阻塞，导致病情恶化。茶碱的应用应慎重。③ 治疗 5～7 天后仍效果不好，转上级医院进一步诊治。

四、慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病(简称 COPD)是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病，气流受限不完全可逆、呈进行性发展，与肺部对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。COPD 主要累及肺脏，但也可引起全身(或称肺外)的不良效应。COPD 病程可分为急性加重期与稳定期。

【诊断要点】① 既往史可有出生时低体重、童年时期哮喘、变态反应性疾病、感染及其他呼吸道疾病史如结核病史，有 COPD 和其他呼吸系统疾病家族史等。② 大都有吸烟、长期接触职业性粉尘和化学药物或长期接触污染空气等病史。③ 一般均有慢性咳嗽、咳痰等慢支症状，但也有少数虽有明显气流受限，却无咳嗽症状。COPD 的标志性症状是气短或呼吸困难，从不动不喘、动辄气喘到不动也喘。部分重度患者也可出现体重下降、食欲减退、外周肌肉萎缩、精神抑郁或焦虑等全身症状。合并感染时可咳血痰或咯血。④ 早期体征不明显，随疾病进展可出现肺气肿征、肺部干湿啰音或剑突下心音增强等体征。

肺功能测定指标是诊断 COPD 的金标准，存在不完全可逆性气流受

限是诊断 COPD 的必备条件。吸入支气管舒张剂后(FEV_1/FVC)×100%<70%者，可确定为不完全可逆的气流受限。① Ⅰ级(轻度 COPD)指(FEV_1/FVC)×100%<70%，FEV_1 占预计值百分比≥80%；② Ⅱ级(中度 COPD)指(FEV_1/FVC)×100%<70%，50%≤FEV_1 占预计值百分比<80%；③ Ⅲ级(重度 COPD)指(FEV_1/FVC)×100%<70%，30%≤FEV_1 占预计值百分比<50%；④ Ⅳ级(极重度 COPD)指(FEV_1/FVC)×100%<70%，FEV_1 占预计值百分比<30%或 FEV_1 占预计值百分比<50%并伴慢性呼吸衰竭。

【鉴别诊断】COPD 应与哮喘、支气管扩张症、充血性心力衰竭、肺结核、闭塞性细支气管炎和弥漫性泛细支气管炎等鉴别，见下表(表 2-1-1)。与哮喘的鉴别有时存在一定困难。COPD 多于中年后起病，哮喘则多在儿童或青少年期起病；COPD 症状缓慢进展，逐渐加重，哮喘则症状起伏大；COPD 多有长期吸烟史和(或)有害气体、颗粒接触史，哮喘则常伴过敏体质、过敏性鼻炎和(或)湿疹等，部分患者有哮喘家族史；COPD 时气流受限基本为不可逆性，哮喘时则多为可逆性。然而，部分病程长的哮喘患者已发生气道重塑，气流受限不能完全逆转；而少数 COPD 患者伴有气道高反应性，气流受限部分可逆。此时应根据临床及实验室检查全面分析，必要时作支气管舒张试验和(或)PEF 昼夜变异率来进行鉴别。在少部分患者中这两种疾病可重叠存在。

表 2-1-1　COPD 的诊断与鉴别诊断

病　种	诊断与鉴别诊断要点
COPD	中年发病；症状缓慢进展；长期吸烟史；活动后气促；大部分为不可逆性气流受限
哮喘	早年发病(通常在儿童期)；每日症状变化快；夜间和清晨症状明显；也可有过敏性鼻炎和(或)湿疹史；哮喘家族史；气流受限大多可逆
充血性心力衰竭	听诊肺底部可闻细湿啰音；胸部 X 线片示心脏扩大、肺水肿；肺功能测定示限制性通气障碍(而非气流受限)
支气管扩张症	大量脓痰；常伴有细菌感染；听诊闻及粗湿啰音；杵状指；X 线胸片或 CT 示支气管扩张、管壁增厚
结核病	所有年龄均可发病；X 线胸片示肺浸润性病灶或结节状空洞样改变；细菌学检查可确诊
闭塞性细支气管炎	发病年龄较轻，且不吸烟；可能有类风湿关节炎病史或烟雾接触史，胸部 CT 片示在呼气相显示低密度影
弥漫性泛细支气管炎	大多数为男性非吸烟者；几乎所有患者均有慢性鼻窦炎；X 线胸片和高分辨率 CT 显示，弥漫性小叶中央结节影和过度充气征

【治疗要点】治疗原则：减轻症状，阻止病情发展，缓解或阻止肺功能下降；改善活动能力，提高生活质量，降低病死率。

1. 一般治疗　戒烟，避免或防止粉尘、烟雾及有害气体吸入。加强呼吸肌锻炼，进行腹式呼吸和缩唇呼吸，进行肌肉功能锻炼，极重度COPD患者，需每日吸入低流量氧气15小时以上。注意营养支持、精神治疗与健康教育。

2. 药物及相关治疗

(1) COPD急性发作期(简称AECOPD)的治疗：

1) 控制性氧疗：

吸入氧浓度28%～30%。(住院或急诊ICU患者，氧疗30分钟后应复查动脉血气)

2) 支气管舒张剂：

沙丁胺醇气雾剂　1 000 μg　吸入　立即
异丙托溴铵气雾剂　250 μg　吸入　立即
或　沙丁胺醇气雾剂　2 500 μg　吸入　立即

3) 糖皮质激素：

泼尼松　30～40 mg　口服　每日1次(7～10日)
或　布地奈德令舒　2 mg　雾化吸入　每日3～4次
或　甲泼尼龙　40 mg　静脉滴注　每天1次(3～5日后改为口服)

4) 控制感染：

Ⅰ～Ⅳ级AECOPD的致病微生物以及所选抗生素治疗，见下表(表2-1-2)。

表2-1-2　AECOPD住院患者抗生素的应用

分级	病原微生物	抗生素
Ⅰ～Ⅱ级AECOPD	流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌等	青霉素、β内酰胺/酶抑制剂(阿莫西林/克拉维酸)、大环内酯类(阿奇霉素、克拉霉素、罗红霉素等)、第一代或第二代头孢菌素(头孢呋辛、头孢克洛)、多西环素、左氧氟沙星等，一般口服
Ⅲ～Ⅳ级AECOPD(无铜绿假单孢菌感染危险因素)	流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷伯菌、大肠杆菌、肠杆菌属等	β内酰胺/酶抑制剂、第二代头孢菌素(头孢呋辛)、氟喹诺酮类(左氧氟沙星、莫西沙星、加替沙星)、第三代头孢菌素(头孢曲松、头孢噻肟)等
Ⅲ～Ⅳ级AECOPD(有铜绿假单孢菌感染危险因素)	以上细菌及铜绿假单孢菌	第三代头孢菌素(头孢他啶)、头孢哌酮/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦、亚胺培南、美洛培南等，也可联合氨基糖苷类、氟喹诺酮类(环丙沙星，大剂量左氧氟沙星)

5）机械通气：根据病情，可选用无创机械通气或有创机械通气。

6）其他治疗措施：注意维持液体和电解质平衡，注意补充营养。对卧床、红细胞增多症或脱水的患者，无论是否有血栓栓塞性疾病史，均需考虑使用肝素或低分子肝素。注意痰液引流，识别并治疗伴随疾病（冠心病、糖尿病、高血压等）及合并症（休克、弥漫性血管内凝血、上消化道出血、胃功能不全等）。

（2）COPD 稳定期的治疗：

噻托溴铵　18 μg　吸入　每日 1 次

或　异丙托溴铵气雾剂　40～80 μg　吸入　每日 3～4 次

或　沙丁胺醇气雾剂　100～200 μg　吸入　每 24 小时不超过 12 喷

或　氨茶碱　0.1 g　每日 3 次

沙美特罗替卡松粉吸入剂（舒利迭）　50 μg/500 μg　1 吸　每日 2 次

氨溴索（沐舒坦）　30 mg　口服　每日 3 次

或　标准桃金娘油胶囊（吉诺通）　0.3 g　口服　每日 3 次

【注意事项】

1. 教育与管理：通过教育与管理可以提高患者及有关人员对 COPD 的认识和自身处理疾病的能力，更好地配合治疗和加强预防措施，减少反复加重，维持病情稳定，提高生活质量。主要内容包括：① 教育与督促患者戒烟，迄今能证明有效延缓肺功能进行性下降的措施仅有戒烟。② 使患者了解 COPD 的病理生理与临床基础知识。③ 掌握一般和某些特殊的治疗方法。④ 学会自我控制病情的技巧，如进行腹式呼吸及缩唇呼吸锻炼等。⑤ 了解赴医院就诊的时机。⑥ 社区医生定期随访管理。

2. AECOPD 并有脓性痰是应用抗生素的指征。结合当地常见致病菌类型及耐药趋势和药敏情况尽早选择敏感抗生素。如对初始治疗方案反应欠佳，应及时根据细菌培养及药敏试验结果调整抗生素。长期应用广谱抗生素和糖皮质激素易继发深部真菌感染，应密切观察真菌感染的临床征象并采用防治真菌感染的措施。

五、支气管哮喘

支气管哮喘（简称哮喘）是由多种细胞（如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T 淋巴细胞、中性粒细胞、平滑肌细胞、气道上皮细胞等）组成参与的气道慢性炎症性疾病。根据临床表现，哮喘可分为急性发作期、慢性持续期和临床缓解期。根据病情严重程度，将哮喘急性发作分为轻度、中度、重度和危重度，将慢性哮喘分为间歇状态（第 1 级）、轻度持续（第 2 级）、中度持续（第 3 级）、重度持续（第 4 级）。根据控制水平，将哮喘分为控制、部分

控制和未控制，此种分级方法更容易被临床医生掌握。

【诊断要点】① 反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理及化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。② 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。③ 上述症状可经治疗缓解或自行缓解。④ 其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽除外。⑤ 临床表现不典型者（如无明显喘息或体征），至少应有下列三项中的一项：A. 支气管激发试验或运动试验阳性；B. 支气管舒张试验阳性，FEV_1增加≥12%，且FEV_1增加绝对值≥200 ml；C. 呼气流量峰值（PEF）日内（或 2 周）变异率≥20%。符合① ～④ 条或④ 、⑤ 条者，可以诊断为哮喘。

【鉴别诊断】应排除其他各种可能引起气喘或呼吸困难的疾病后，方可作出哮喘的诊断，见下表（表 2-1-3）。

表 2-1-3 其他可能引起气喘的疾病

常 见 病	少 见 病
急性细支气管炎（感染因素，化学因素）	肿块阻塞气道
异物吸入	外压：中央型胸内肿瘤、上腔静脉压迫综合征、胸腺瘤
支气管狭窄	气道内：原发性肺癌、转移性乳腺癌
慢性支气管炎	类癌综合征
心力衰竭	支气管内结节
嗜酸性粒细胞肺浸润症	肺栓塞
	囊性纤维化（CF）
	全身性血管炎（结节性多动脉炎）

1. 心源性哮喘：常见于左心心力衰竭。发作时的症状与哮喘相似，但心源性哮喘多有高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、风心病二尖瓣狭窄等病史和体征，常咳出粉红色泡沫样痰，两肺可闻广泛的水泡音和哮鸣音。左心界扩大，心率增快，心尖部可闻奔马律。胸部 X 线检查可见心脏增大，肺淤血征。若一时难以鉴别，可注射氨茶碱缓解症状后作进一步检查。此时，忌用肾上腺素和吗啡，以免造成危险。

2. 喘息型慢性支气管炎：多见于老年人，伴有慢性咳嗽、咳痰史，喘息常年存在，有加重期。有肺气肿体征，两肺常可闻及水泡音。部分喘息型慢性支气管炎和哮喘无法鉴别，有人主张称之为"哮喘性慢性支气管炎"。

3. 支气管肺癌：中央型肺癌导致支气管狭窄或伴有感染或伴有类癌综合征时，可出现喘鸣音或哮喘样呼吸困难，肺部可闻及喘鸣音。但肺癌

的呼吸困难及喘鸣症状进行性加重，常无诱因，咳嗽可有血痰，痰中可找到癌细胞，胸部X线摄片、CT、MRI或纤维支气管镜检查常可明确诊断。有时气道内的良性肿瘤也需与本病鉴别。

4. 嗜酸性粒细胞肺浸润症：这类疾病包括热带性嗜酸粒细胞增多症、肺嗜酸粒细胞增多性浸润、外源性变态反应性肺泡炎和变应性支气管肺曲霉病等。致病原因为寄生虫、原虫、花粉、真菌、化学药品、职业粉尘等，大多有接触史，症状较轻，患者常有发热，胸部X线检查可见多发性、此起彼伏的淡薄斑片浸润影，可自行消失或再发。肺组织活检有助于鉴别诊断。

【治疗要点】治疗原则：达到并维持症状的控制，维持正常活动，包括运动能力，维持肺功能水平尽量接近正常，预防哮喘急性加重，避免因哮喘药物治疗导致的不良反应，预防哮喘导致的死亡。

1. 一般治疗　应尽可能避免或减少接触危险因素，包括变应原、病毒感染、污染物和烟草烟雾等，避免紧张。

2. 药物治疗　常用治疗哮喘药物可以分为控制药物和缓解药物两大类。① 控制药物：是指需要长期每日使用的药物。包括全身用糖皮质激素(简称激素)、吸入型糖皮质激素(ICS)、白三烯调节剂、长效β_2受体激动剂(LABA，须与ICS联合应用)、缓释茶碱、色苷酸钠、抗IgE抗体等；② 缓解药物：即按需使用缓解喘息症状的药物。包括吸入速效β_2受体激动剂(SABA)、全身用激素、吸入性抗胆碱药物、短效茶碱及口服短效β_2受体激动剂等。

(1) 轻度和部分中度哮喘急性发作：

1小时内：沙丁胺醇气雾剂　2～4喷　每20分钟1次

1小时后：沙丁胺醇气雾剂　2～4喷　每3～4小时(轻度急性发作)1次

或　沙丁胺醇气雾剂　6～10喷　每1～2小时(中度急性发作)1次

(2) 治疗反应不完全，尤其是在控制性治疗的基础上发生的急性发作：

泼尼松　30～50 mg　分1～2次　口服

(3) 中度以上哮喘急性发作可在上述治疗基础上，酌情给予下列治疗：

生理盐水　5 ml ＋　普米克令舒　2 mg ＋ 溴化异丙托品(爱全乐) 1 ml ＋ 0.5%沙丁胺醇(万托林)　1 ml　雾化吸入　每日3次(或连续雾化)

泼尼松龙	40～80 mg	静脉滴注　立即
5%葡萄糖注射液	500 ml	

(4) 重度和危重度哮喘发作时除了上述治疗措施外，尚应酌情给予下列治疗：

1) 静脉注射或滴注糖皮质激素：如甲泼尼龙 80～160 mg，或氢化可的松 400～1 000 mg，分次给药。

2) 补液：根据失水及心脏情况，每日静脉补液量一般为 2 000～2 500 ml。

3) 纠正酸中毒：可用 5%碳酸氢钠静脉滴注或缓慢静脉注射。

4) 抗生素：酌情选用广谱抗生素静脉滴注。

5) 纠正电解质紊乱：部分患者可因反复应用 β_2 激动剂和大量出汗而出现低钾、低钠等电解质紊乱，应及时纠正。

6) 并发症的处理及机械通气的应用：并发张力性气胸应及时行胸腔闭式引流术，黏液痰栓阻塞气道可行支气管肺泡灌洗术(BAL)。应及时机械通气治疗，其指征主要包括：意识改变、呼吸肌疲劳、$PaCO_2 \geq$ 45 mmHg 等。

(5) 哮喘长期治疗方案：

1) 第 1 级治疗，即用于哮喘间歇状态(第 1 级)的治疗：

沙丁胺醇气雾剂　200 μg　吸入　必要时

2) 第 2 级治疗，即用于轻度持续(第 2 级)哮喘的治疗：

丙酸氟替卡松(辅舒酮气雾剂)　50 μg　吸入　每日 2 次

或　孟鲁司特(顺尔宁)　10 mg　口服　每日 1 次

常用 ICS 的每日剂量与互换关系，见下表(表 2-1-4)。

表 2-1-4　常用 ICS 的每日剂量与互换关系

药　物	低剂量(μg)	中剂量(μg)	高剂量(μg)
二丙酸倍氯米松	200～500	500～1 000	>1 000～2 000
布地奈德	200～400	400～800	>800～1 600
丙酸氟替卡松	100～250	250～500	>500～1 000
环索奈德	80～160	160～320	>320～1 280

3) 第 3 级治疗，即用于中度持续(第 3 级)哮喘的治疗：

沙美特罗替卡松吸入剂(舒利迭)　50 μg/100 μg　1 吸　每日 2 次(首选)

或　丙酸氟替卡松气雾剂(辅舒酮气雾剂)　250 μg　吸入　每日 2 次

或　布地奈德都保(普米克都保)　200 μg　吸入　每日 2 次

联合　孟鲁司特(顺尔宁)　10 mg　口服　每日 1 次

或　联合　多索茶碱 0.2 g　口服　每日 2 次

4）第 4 级治疗，即用于重度持续（第 4 级）哮喘的治疗：

沙美特罗替卡松吸入剂（舒利迭）　50 μg/500 μg　1 吸　每日 2 次（首选）

或　联合　孟鲁司特（顺尔宁）　10 mg　口服　每日 1 次

或　联合　多索茶碱 0.2 g　口服　每日 2 次

5）第 5 级治疗，即用于经上述治疗不理想的重度持续（第 4 级）哮喘的治疗，在上述治疗基础上酌情加用：

泼尼松　30～40 mg　口服　每日 1 次（症状控制后逐渐减量）

抗 IgE 单克隆抗体　125～375 mg　皮下注射　每 2～4 周 1 次

【注意事项】

1. 茶碱类药物虽然价格便宜，但因影响血药浓度的因素多，“治疗窗”窄，应正确使用。静脉滴注的速度过快或剂量过大，可能引起心律失常甚至心跳骤停。对按规则服用缓释茶碱的患者，静脉使用茶碱应尽可能监测茶碱血药浓度。

2. 重度和危重度哮喘发作的治疗时，因地塞米松半衰期较长，对肾上腺皮质功能抑制作用较强，一般不推荐使用。补液时应遵循补液的一般原则，即先快后慢、先盐后糖、见尿补钾。纠正酸中毒时，应避免形成碱血症，因为氧离曲线左移不利于血氧在组织中的释放。

3. 以患者的病情严重程度为基础，根据哮喘控制水平类别选择适当的长期治疗方案。哮喘药物的选择既要考虑疗效及安全性，也要考虑患者的实际状况（如经济收入和当地的医疗资源等）。

4. ICS 是哮喘长期治疗的首选药物。多数成人哮喘患者吸入小剂量糖皮质激素即可较好地控制哮喘。由于吸烟可以降低 ICS 的效果，故吸烟患者须戒烟并给予较高剂量的 ICS。ICS 联合 LABA 吸入，尤其适合于中、重度持续哮喘患者的长期治疗。

5. ICS 在口咽部局部的不良反应包括声音嘶哑、咽部不适和念珠菌感染。吸药后及时用清水含漱口咽部，选用干粉吸入剂或加用储雾器可减少上述不良反应。

6. 对以往未经规范治疗的初诊哮喘患者可选择第 2 级治疗方案，哮喘患者症状明显，应直接选择第 3 级治疗方案。第 2～5 级的治疗方案中都有不同的哮喘控制药物可供选择。而在每一级中都应按需使用缓解药物，以迅速缓解哮喘症状。

7. 各级治疗达到完全控制后，需维持原剂量治疗至少 3 个月，然后降级治疗。若分级规范治疗后重新评定病情级别未下降，则应升级治疗，至少维持 3 个月。降级治疗方案：单独使用中至高剂量 ICS 的患者，将 ICS 剂量减少 50%；单独使用低剂量 ICS 的患者，可改为每日 1 次用药；联合

ICS 和 LABA 的患者，将 ICS 剂量减少约 50%，仍继续使用 LABA 联合治疗。当达到低剂量联合治疗时，可选择改为每日 1 次联合用药或停用 LABA，单用吸入激素治疗。

8. 停止药物治疗标准：经过减量方案后，患者使用最低剂量控制药物达到哮喘控制一年，并且哮喘症状不再发作可考虑停用药物治疗。

9. 咳嗽变异性哮喘是以顽固性咳嗽为唯一的临床表现，无喘息症状，故临床上易于被误诊为“支气管炎”等疾病。以下特点有助于诊断：① 病史：咳嗽和胸闷症状常呈季节性，部分患者患有其他变态反应疾病(如过敏性鼻炎等)或有家族过敏史。② 肺功能试验：气道反应性测定、支气管激发试验或支气管舒张试验有助于诊断。③ 试验性治疗：原先经积极的抗感染和镇咳药物治疗无效，给予平喘和抗过敏治疗后咳嗽和胸闷症状明显缓解，也有助于 CVA 的诊断。CVA 的治疗应参考典型哮喘的治疗方案，长期应用 ICS 等药物。

10. 慢性持续期可家庭治疗或门诊治疗，急性发作期建议住院治疗。

11. 注意观察病情变化，积极防治并发症。

六、 支气管扩张症

支气管扩张症(简称支扩)是指支气管及其周围肺组织的慢性炎症所导致的支气管壁肌肉和弹性组织破坏，管腔形成异常扩张，这种扩张通常伴有慢性细菌感染。本病为获得性，患者多有童年麻疹、百日咳或支气管肺炎等病史。临床表现为慢性咳嗽、咳大量脓痰和(或)反复咯血。慢性重症支气管扩张症的肺功能严重障碍时，劳动力明显减退，稍活动即有气急、紫绀、伴有杵状指(趾)。

【诊断要点】① 患者多有童年麻疹、百日咳或支气管肺炎等病史。② 具有慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血和发热、盗汗、纳差、消瘦、贫血等症状；肺部闻及固定而持久的局限性湿啰音。③ X线胸片发现符合支扩的影像改变，如不规则环状透光阴影，蜂窝肺等，可作出诊断；对于临床怀疑支扩，但后前位 X 线胸片无异常的患者，依据胸部 CT，尤其是高分辨 CT 扫描可作出诊断。

【鉴别诊断】

1. 慢性支气管炎：有时与支扩不易鉴别，但多发生于 40 岁以上的患者，咳嗽、咳痰症状以冬、春季为主，痰为白色泡沫样黏痰，感染急性发作时可呈脓性，痰量相对较少，且无反复咯血史。肺部的干、湿啰音散在分布。

2. 肺脓肿：有大量咳脓痰史，但起病急骤，有寒战、高热等中毒症状，X 线检查可发现脓肿阴影或脓腔。需要注意的是，慢性肺脓肿常并发支扩，支扩患者亦易发生肺脓肿。对此类患者，首先进行抗感染治疗，炎症

控制后，应进行 CT 检查，以明确诊断。

3. 肺结核：也有慢性咳嗽、咳痰，但病程早期即有午后低热、盗汗、消瘦等全身中毒症状，且痰量少。病变多位于上叶，体征为肺尖或锁骨下区轻度浊音和细湿啰音。X 线检查可发现病灶，可有钙化。痰内可查见抗酸杆菌。

4. 支气管肺癌：干性支扩以咯血为主，有时易误诊为肺癌。但后者多发生于 40 岁以上的男性吸烟者，行胸部 X 线、纤维支气管镜和痰细胞学等检查可作出鉴别。

5. 先天性支气管囊肿：与支气管相通且合并感染时可有发热、咳嗽、咳痰及反复咯血。X 线检查和胸部 CT 检查有助于诊断，可见边缘整齐光滑，圆形或卵圆形的阴影，多位于上肺野或两肺弥漫性分布，有时可有液平，受累肺叶一般无明显的容积缩小或肺不张。

【治疗要点】治疗原则：控制感染，保持痰液引流通畅，延缓疾病的进展，必要时外科手术切除。

1. 一般治疗 ① 加强体育锻炼，增强体质，注意保暖，避免受凉，预防感冒，戒烟，避免吸入尘埃。② 急性感染期或咯血期应卧床休息，保持大便通畅，避免便秘。③ 注意引流排痰（使患肺处于高处），纠正贫血。④ 大咯血时，采取半卧位，患侧朝下，轻轻咳嗽，将血咳出。

2. 药物治疗 根据病情进展阶段予相应治疗。

(1) 支气管扩张症轻症者可选用抗生素＋祛痰药：

阿莫西林 0.5 g 口服 每日 4 次
或 头孢呋辛（西力欣） 0.15 g 口服 每日 2 次
溴己新（必嗽平） 16 mg 口服 每日 3 次
或 标准桃金娘油胶囊（吉诺通） 0.3 g 口服 每日 3 次
或 氨溴索（沐舒坦） 30 mg 口服 每日 3 次
氨茶碱 0.1 g 口服 每日 3 次
或 特布他林（博利康尼） 2.5 mg 口服 每日 2～3 次

(2) 支气管扩张症状较重者的治疗：

头孢他定（复达欣） 2.0 g | （皮试阴性）
生理盐水 100 ml | 静脉滴注 每 12 小时 1 次
或 头孢吡肟（马斯平） 2.0 g | （皮试阴性）
生理盐水 100 ml | 静脉滴注 每 12 小时 1 次
或 亚胺培南（泰能） 1.0 g | （皮试阴性）
生理盐水 250 ml | 静脉滴注 每 12 小时 1 次
甲硝唑 0.5 g 静脉滴注 每日 2 次
氨茶碱 0.1 g 口服 每日 3 次

或　特布他林(博利康尼)　2.5 mg　口服　每日3次

或　氨茶碱　0.25 g
　　5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日1次

　　氨溴索(沐舒坦)　60 mg
　　生理盐水　100 ml　静脉滴注　每日2～3次

　　生理盐水　5 ml + 氨溴索(沐舒坦)30 mg + 0.5%沙丁胺醇(万托林)1 ml + 庆大霉素　16万U　雾化吸入　每日2次

或　生理盐水　5 ml + 氨溴索(沐舒坦)30 mg + 溴化异丙托品(爱全乐)1 ml + 庆大霉素　16万U　雾化吸入　每日2次

【注意事项】① 注意观察咯血的规律,记录每次咯血的情况。咯血明显时应立即抢救,疗效不明显、症状重和(或)伴有呼吸衰竭需要转上级医院进一步诊治。咯血的处理参见有关章节。② 反复呼吸道急性感染或大咯血、经药物治疗不易控制,病变局限于一叶或一侧肺组织,如全身条件许可,可进行手术治疗。③ 密切观察病情变化,积极防治并发症。

七、肺炎

肺炎是指肺实质的炎症,可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。感染是肺炎最常见的原因。根据肺炎的获得环境,可分为社区获得性肺炎(CAP)、医院获得性肺炎(HAP)。引起CAP和HAP的常见病原体不一致,所选用的抗生素有差别。

【诊断要点】

1. CAP:是指医院外罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。诊断依据:① 新近出现的咳嗽、咳痰,或原有呼吸道疾病症状加重,并出现脓性痰,伴或不伴胸痛;② 发热;③ 肺实变体征和(或)湿性啰音;④ WBC$>10\times10^9$/L或$<4\times10^9$/L,伴或不伴核左移;⑤ 胸部X线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。以上①～④项中任何1项加第⑤项,并排除肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸粒细胞浸润症、肺血管炎等疾病,可做临床诊断。

2. HAP:是指患者入院时不存在、也不处于潜伏期,而在入院48小时后在医院(包括老年护理院、康复院)内发生的肺炎。其临床诊断依据与CAP相同。

3. 重症肺炎:在肺炎基础上,出现下列征象中1项或以上者可诊断为重症肺炎:① 意识障碍。② 呼吸频率>30次/分。③ $PaO_2<$ 60 mmHg,$PaO_2/FiO_2<300$,需行机械通气治疗。④ 动脉收缩压< 90 mmHg。⑤ 并发感染性休克。⑥ X线胸片显示双侧或多肺叶受累,或

入院 48 小时内病变扩大≥50%。⑦ 少尿：尿量<20 ml/h，或<80 ml/4 h，或并发急性肾功能衰竭需要透析治疗。

【鉴别诊断】与导致肺炎样临床表现和胸部 X 线表现的非感染性疾病，包括充血性心力衰竭、支气管扩张症、肿瘤等鉴别，详见相关章节。

【治疗要点】治疗原则：选择有效抗生素，控制感染，注意痰液引流和支持治疗。

1. 一般治疗　多休息，注意保暖，避免受凉，戒烟，加强营养。

2. 药物治疗　根据不同病情予对应治疗。

(1) 常用于青壮年和无基础疾病的 CAP 患者的治疗：

青霉素　320 万 U | (皮试阴性)
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每 8 小时　1 次

或　头孢拉定　2.0 g | (皮试阴性)
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每 8～12 小时　1 次

或　阿奇霉素　0.5 g |
生理盐水　500 ml | 静脉滴注　每日 1 次

吉诺通　0.3 g　口服　每日 3 次

或　氨溴索(沐舒坦)　30 mg　口服　每日 3 次

或　氨溴索(沐舒坦)　60 mg |
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每日 2 次

生理盐水　5 ml + 氨溴索(沐舒坦)　30 mg　雾化吸入　每日 2 次

或　生理盐水　5 ml + 氨溴索(沐舒坦)　30 mg + 0.5%沙丁胺醇(万托林)　1 ml　雾化吸入　每日 2 次

或　生理盐水　5 ml + 氨溴索(沐舒坦)　30 mg + 溴化异丙托品(爱全乐)　1 ml　雾化吸入　每日 2 次

(2) 常用于老年人、有基础疾病或需要住院的 CAP 患者的治疗：

哌拉西林/他唑巴坦(特治星)　4.5 g |
生理盐水　100 ml | (皮试阴性)　静脉滴注　每 8～12 小时 1 次

或　头孢哌酮/舒巴坦(舒普深)　1.0～2.0 g | (皮试阴性)　静脉滴注
生理盐水　100 ml | 每 12 小时 1 次

或　左旋氧氟沙星(可乐必妥)　0.5 g |
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每日 1 次

或　头孢曲松(罗氏芬)　2.0 g | (皮试阴性)
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每日 1 次

或　阿奇霉素　0.5 g |
生理盐水　500 ml | 静脉滴注　每日 1 次

吉诺通　0.3 g　口服　每日 3 次

或　氨溴索(沐舒坦)　30 mg　口服　每日 3 次

或　氨溴索(沐舒坦)　60 mg
　　生理盐水　100 ml　静脉滴注　每日 2 次

生理盐水　5 ml ＋ 氨溴索(沐舒坦)　30 mg　雾化吸入　每日 2 次

或　生理盐水　5 ml ＋ 氨溴索(沐舒坦)　30 mg ＋ 0.5%沙丁胺醇(万托林)　1 ml 雾化吸入　每日 2 次

或　生理盐水　5 ml ＋ 氨溴索(沐舒坦)　30 mg ＋ 溴化异丙托品(爱全乐)　1 ml　雾化吸入　每日 2 次

(3) HAP 患者的治疗：

哌拉西林/他唑巴坦(特治星)　4.5 g
生理盐水　100 ml　(皮试阴性)　静脉滴注　每 8～12 小时 1 次

或　头孢哌酮/舒巴坦(舒普深)　1.0～2.0 g
　　生理盐水　100 ml　(皮试阴性)　静脉滴注　每 12 小时 1 次

或　左旋氧氟沙星(可乐必妥)　0.5 g
　　生理盐水　100 ml　静脉滴注　每日 1 次

或　亚胺培南(泰能)　1.0 g
　　生理盐水　250 ml　(皮试阴性)　静脉滴注　每 8～12 小时 1 次

或　氟康唑(大扶康)　0.4 g
　　生理盐水　100 ml　静脉滴注　每日 1 次(首剂加倍)

吉诺通　0.3 g　口服　每日 3 次

或　氨溴索(沐舒坦)　30 mg　口服　每日 3 次

或　氨溴索(沐舒坦)　60 mg
　　生理盐水　100 ml　静脉滴注　每日 2 次

生理盐水　5 ml ＋ 氨溴索(沐舒坦)　30 mg　雾化吸入　每日 2 次

或　生理盐水　5 ml ＋ 氨溴索(沐舒坦)　30 mg ＋ 0.5%　沙丁胺醇(万托林)　1 ml　雾化吸入　每日 2 次

或　生理盐水　5 ml ＋ 氨溴索(沐舒坦)　30 mg ＋ 溴化异丙托品(爱全乐)　1 ml　雾化吸入　每日 2 次

【注意事项】① 最好根据药敏选择抗生素，但在药敏结果出来前需要经验用药。住院患者，必须查细菌学药物敏感试验。如果所选用抗生素与药敏结果不符合，但临床治疗有效，则不需更换抗生素。② 抗生素疗程要足够，一般症状明显好转、体温正常三天后停止静脉使用抗生素。广谱抗生素长期使用需防止二重感染，如广谱抗生素应用后症状已好转，但复出现发热或病情加重，应考虑真菌感染，在上级医院指导下选用抗真菌药。③ 重症肺炎需要转上级医院进一步诊治。④ 出院标准：经有效治

疗后，患者病情明显好转，同时满足以下 6 项标准时，可以出院(原有基础疾病可影响到以下标准判断者除外)：A. 体温正常超过 24 小时；B. 平静时心率≤100 次/分；C. 平静时呼吸≤24 次/分；D. 收缩压≥90 mmHg；E. 不吸氧情况下，动脉血氧饱和度正常；F. 可以接受口服药物治疗，无精神障碍等情况；⑤ 密切观察病情变化，加强与患者或家属沟通，积极防治并发症。

八、肺结核

肺结核是结核分支杆菌(简称结核杆菌)引起的慢性肺部感染性疾病。其中痰中排菌者称为传染性肺结核病。结核病可分为原发型肺结核、血行播散型肺结核、继发型肺结核、结核性胸膜炎和其他肺外结核等 5 型。近年来发病率有增高趋势，且耐药菌株顽固而复杂，再次受到社会关注。

【诊断要点】① 咳嗽、咳痰三周或以上，伴有咯血、胸痛、呼吸困难等症状。② 发热(常午后低热)，伴有乏力、盗汗、食欲减退、体重减轻、食欲失调等症状。③ 结核变态反应引起的过敏表现：结节性红斑、泡性结膜炎和结核风湿症等。④ 结核菌素(PPD－5TU)皮肤试验：未接种卡介苗儿童阳性，提示结核菌感染或体内有活动性结核病。当呈现强阳性时表示机体处于超敏状态，发病几率高，可作为临床诊断结核病的参考指征。⑤ 患肺结核时，肺部体征常不明显。肺部病变较广泛时可有相应体征，有明显空洞或并发支气管扩张症时可闻及中小水泡音。康尼峡缩小提示肺尖有病变。

【鉴别诊断】肺结核临床和 X 线表现可以酷似许多疾病，必须详细搜集临床、实验室及辅助检查资料，综合分析，并根据需要选择侵袭性诊断措施和活组织标本检查。不同类型和 X 线表现的肺结核需要鉴别的疾病不同。

1. 肺癌　中央型肺癌常有痰中带血，肺门附近有阴影，与肺门淋巴结结核相似。周围型肺癌可呈球状、分叶状阴影，需与结核球鉴别。肺癌多见于 40 岁以上嗜烟男性，常无明显毒性症状，多有刺激性咳嗽、胸痛及进行性消瘦。在 X 线胸片上结核球周围可有卫星灶、钙化，而肺癌病灶边缘常有切迹、毛刺。胸部 CT 扫描对鉴别诊断常有帮助。结合痰结核菌、脱落细胞检查及通过纤支镜检查与活检，常能及时鉴别。肺癌与肺结核可以并存，亦需注意。

2. 肺炎　细菌性肺炎起病急骤，高热、寒战、胸痛伴气急，X 线上病变常局限于一个肺叶或肺段，血白细胞总数及中性粒细胞增多，抗生素治疗有效，可资鉴别；肺结核亦需与非典型病原体等感染所致肺炎相鉴别，关键是病原学检测有阳性证据。

3. 肺脓肿　肺脓肿空洞多见于肺下叶，脓肿周围的炎症浸润较严重，空洞内常有液平。肺结核空洞多见于肺上叶，空洞壁较薄，洞内很少有液平或仅见浅液平。此外，肺脓肿起病较急，高热，大量脓痰，痰中无结核菌，但有多种其他细菌，血白细胞总数及中性粒细胞增多，抗生素治疗有效。慢性纤维空洞合并感染时易于慢性肺脓肿混淆，后者痰结核菌阴性。

4. 支气管扩张症　有明显咳嗽、咳脓痰及反复咯血史，需与继发型肺结核相鉴别。X线胸片多无异常发现或仅见局部肺纹理增粗或卷发状阴影，CT有助于确诊。

5. 慢性支气管炎　老年慢性支气管炎症酷似继发型肺结核，及时X线、CT检查和痰液检查有助于确诊。

6. 其他发热性疾病　伤寒、败血症、白血病、纵隔淋巴瘤等与结核病有诸多相似之处，均应加以鉴别。

【治疗要点】治疗原则：早期、规律、全程、适量、联合地进行化学治疗。

1. 一般治疗　多休息，戒烟，注意营养，生活规律，适当锻炼以及注意精神治疗。

2. 药物治疗　根据不同病情予对应治疗。

(1) 初治涂阳肺结核(包括初治涂阴有空洞形成或粟粒型结核)患者的治疗，可采取连用2个月SHRZE/继续连用4个月HR方案：

链霉素(S)　0.75 g　肌内注射　每日1次　连续2月
异烟肼(H)　0.3 g　口服　每日1次　连续6月
利福平(R)　0.45～0.6 g　口服　每日1次　连续6月
吡嗪酰胺(Z)　1.5 g　口服　每日1次　连续2月
乙胺丁醇(E)　0.75～1.0 g　口服　每日1次　连续2月

(2) 复治涂阳肺结核患者的治疗，可采取连用2个月SHRZE/继续用1个月HRZE/后再用5个月HRE方案：

链霉素(S)　0.75 g　肌内注射　每日1次　连续2月
异烟肼(H)　0.3 g　口服　每日1次　连续8月
利福平(R)　0.45～0.6 g　口服　每日1次　连续8月
吡嗪酰胺(Z)　1.5 g　口服　每日1次　连续3月
乙胺丁醇(E)　0.75～1.0 g　口服　每日1次　连续8月

(3) 初治涂阴肺结核患者的治疗，可采取连用2个月HRZE/继续连用4个月HR方案：

异烟肼(H)　0.3 g　口服　每日1次　连续6月
利福平(R)　0.45～0.6 g　口服　每日1次　连续6月
吡嗪酰胺(Z)　1.5 g　口服　每日1次　连续2月
乙胺丁醇(E)　0.75～1.0 g　口服　每日1次　连续2月

【注意事项】① 咯血者的一般治疗、药物治疗以及注意事项见咯血章节，大咯血应及时转入上级医院。② 肺结核空洞、结核球、肺叶或一侧全肺毁损、结核性支气管狭窄和扩张、反复或持续咯血以及反复气胸者可考虑转院手术治疗。③ 本病应注意进行呼吸道隔离，尤其排菌者更应注意。近年来发病率显著增高应引起有关方面的高度重视。④ 所有疑似及确诊病例需根据《中华人民共和国传染病防治法》进行上报，并且到指定医院就诊。⑤ 警惕使用抗结核药物过程中出现的不良反应，严防治疗不规范，积极防治耐多药肺结核。

九、 慢性肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病（简称肺心病）是指由于肺、胸部或肺动脉的慢性病变所致肺循环阻力增加、肺动脉高压、右心肥厚且扩大，伴或不伴右心衰竭的心脏病。

【诊断要点】

1. 患有慢性肺胸疾病。
2. 出现肺动脉高压及右心室增大或右心衰竭征象。
3. 辅助检查：

（1）ECG：具备主要条件 1 项以上即可，次要条件供参考。

主要条件：① QRS 额面平均电轴>90°。② V_1导联 R/S≥1 或 V_5导联 R/S≤1，AVR 导联 R/S≥1 或 R/Q≥1.07。③ V_1～V_3呈 Qs、Qr 或 qr 型（心肌梗死除外）。

次要条件：① 肺型 P 波（≥0.22 mV，高尖状）。② 明显顺时钟方向转位（V_1～V_3呈 rS 型）。③ 右前分支传导阻滞。④ 肢导联低电压。

（2）胸部 X 线：具备以下各项中的① ～④ 项中1 项为可疑，2 项及以上者可诊断。具备第⑤项即可诊断：① 右下肺动脉干增粗，横径≥15 mm，右下肺动脉干横径/气管横径≥1.07；动态观察下右下肺动脉干横径增宽≥2 mm。② 肺动脉段隆起≥3 mm。③ 肺动脉中央扩张，外周纤细，呈残根状。④ 右前斜位可见肺动脉圆锥高度>7 mm。⑤ 右心室扩大（心尖上凸，右心缘隆起）。

【鉴别诊断】① 冠状动脉粥样硬化性心脏病（简称冠心病）：冠心病患者多有心绞痛或心肌梗死史，心脏增大主要为左心室大，心间区可闻及收缩期杂音。X 线检查显示心左缘向左下扩大，心电图显示缺血型 ST 改变，或出现异常 Q 波。但有时两者可以并发存在。② 原发性心肌病：多见于中青年，无明显慢性呼吸道疾病史，无明显肺气肿体征，无突出的肺动脉高压症，心电图无明显顺时针方向转位及电轴右偏，而以心肌广泛损害多见，心脏多呈普遍性增大。超声心动图有助于鉴别。③ 风湿性心脏

病：多见于青少年，有风湿活动史，X线表现为左心房扩大为主，主动脉瓣常有病变，超声心动图有助于鉴别。④ 发绀型先天性心脏病：多见于儿童或青年时发病，无肺气肿征，心脏听诊有特征性杂音。心脏彩超、心导管及心脏造影检查有助于确诊。

【治疗要点】治疗原则：积极控制感染，保证呼吸道通畅，纠正缺氧，对症治疗，积极防治并发症。

1. 一般治疗　吸氧，保持水、电解质平衡。

2. 药物治疗　准确选用抗菌药、止咳化痰药，纠正心力衰竭、呼吸衰竭。

(1) 控制感染（主要依据药敏选用抗生素），青霉素常为首选：

青霉素　240万U |（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　100 ml | 静脉滴注　每日3次

或　头孢他啶（复达欣）　2 g |（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　250 ml | 静脉滴注　每日2次

(2) 伴心力衰竭，可用：

氢氯噻嗪（双克）　25 mg　口服　每日2次

或　呋塞米（速尿）　20 mg　静脉注射　每日1～2次

(3) 对严重心力衰竭，可用：

毛花苷C（西地兰）　0.2 mg |
50%葡萄糖注射液　20 ml | 缓慢静脉注射　立即

【注意事项】① 住院病死率居各种心脏病之首，可高达15%。发生心力衰竭时对洋地黄类药物耐受性低，使用利尿剂易发生电解质紊乱，对抗生素易发生耐药，2/3患者常于诊断明确4年内死亡。② 肺心病缓解期应加强保健预防措施，避免受凉、劳累，坚持体育锻炼，以散步、强心健肺呼吸操为主；保证居室空气流通，经常消毒居室内环境；注意控制室内温度与湿度；禁止使用煤块或蜂窝煤取暖，忌吸烟饮酒。③ 定期复查心电图，密切观察其变化。

十、呼吸衰竭

呼吸衰竭是指通气或换气功能障碍而导致的严重病情变化，是一个常见的临床综合征和危重症，如不及时抢救，会危及患者生命，常分为急性呼吸衰竭与慢性呼吸衰竭，前者主要在医院抢救，后者不少在家中调养或在社区卫生服务站治疗。

【诊断要点】① 可有支气管-肺基础疾病。② 临床主要表现为呼吸困难、发绀、智力和定向障碍、烦躁，昼夜颠倒，严重者表情淡漠，间歇抽搐、昏睡、昏迷。③ 在海平面、静息状态、呼吸室内空气、无异常分流情况下，成人的氧分压（PaO_2）<8 kPa，或伴有二氧化碳分压（$PaCO_2$）>

6.7 kPa，前者为Ⅰ型呼吸衰竭，后者为Ⅱ型呼吸衰竭。

【鉴别诊断】呼吸衰竭的鉴别诊断，注意是对产生缺氧和高碳酸血症病理生理机制及病因的鉴别。应根据基础病、临床表现、体征、X线胸片、胸部CT以及呼吸功能监测和疗效等，进行综合的评价和判断。

【治疗要点】治疗原则：控制感染，积极防治心力衰竭。

1. 一般治疗　加强护理、监测血气、对症治疗。① 轻轻拍打患者背部，并注意体位，以保证患者呼吸道通畅。② 可选用止咳化痰药，帮助治疗。③ 积极抢救呼吸衰竭，改善血气紊乱，为争取治疗原发疾病创造条件和赢得时间。治疗方法主要有正确用氧，适当选用抗生素，支持治疗，防治并发症，必要时使用呼吸机。

2. 药物治疗

(1) 呼吸中枢明显抑制时，可用：

尼可刹米	3 g	静脉滴注　立即
5%葡萄糖注射液	500 ml	

若4～12小时未见效，及时予机械通气。

(2) 纠正急性呼吸性酸中毒(当pH<7.3)时，可用：

64%氨丁三醇(THAM)	200 ml	缓慢静脉滴注　每日1～2次
5%葡萄糖注射液	300 ml	

(3) 降低痰黏度(不适用于意识不清者)时，可用：

生理盐水　5 ml ＋ 氨溴索　30 mg ＋ 庆大霉素　8万U　雾化吸入　每日3次

【注意事项】① 呼吸衰竭患者因痰液黏稠不易咳出，应适当补液，但应注意补液的滴速，注意保持呼吸道通畅。② 慢性呼吸衰竭常伴有酸中毒，使用碱剂时虽能降低pH，但可能进一步加重二氧化碳潴留，故当pH<7.25时才考虑补碱，pH应定期复查。③ 慢性呼吸衰竭呼吸衰竭/失代偿常以感染为诱因，故因适当选用抗生素。④ 应及时复查血气分析，密切观察变化以调整治疗方案。⑤ 呼吸衰竭预后一般较为严重，但急性呼吸衰竭有时可望恢复，其恢复程度依原发病而异。

(吉宁飞)

第二节　心血管系统疾病

一、心律失常

是指心脏冲动的频率、节律、起源部位、传导速度或激动次序的异常。按其发生原理，区分为冲动形成异常和冲动传导异常两大类。心电图是

诊断心律失常最重要的一项无创伤性检查技术，动态心电图、运动试验、食管心电图、临床电生理检查也是重要的检查手段。严重的心律失常（如三度房室传导阻滞、病态窦房结综合征、尖端扭转型室速等）具有致死性，临床医生应高度重视。临床主要根据心电图相鉴别。

（一）窦性心动过速

窦性心动过速常见于运动、体力活动、情绪激动、吸烟、饮浓茶、饮咖啡或饮酒等。也可见于某些病理状态，如发热、甲状腺功能亢进、贫血、休克、心肌缺血、心力衰竭以及应用肾上腺素、阿托品等药物时。通常无需治疗。

【诊断要点】① 临床主要表现为心悸、胸闷等症状。② 成人窦性心率超过 100 次/分。③ 心电图检查可帮助明确诊断。

【鉴别诊断】主要鉴别生理性与病理性窦性心动过速，病史能为鉴别提供依据。

【治疗要点】治疗原则：消除诱因，治疗原发病，对症处理。

1. 一般治疗　避免过劳、过重体力活动，戒烟酒、避免饮茶和喝咖啡，保持良好稳定的情绪。

2. 药物治疗　对不伴有明显心功能不全的窦性心动过速患者的治疗，可用：

美托洛尔（倍他乐克）　12.5～25 mg　口服　每日 2 次

或　阿替洛尔（氨酰心安）　12.5～25 mg　口服　每日 2 次

【注意事项】生理状况下不需要治疗，病理状况下的处理是去除诱因，积极治疗原发病。

（二）窦性心动过缓

窦性心动过缓常见于健康的青年人、运动员与睡眠状态。也可见于某些病理状态，如颅内疾患、严重缺氧、低温、甲状腺功能减退、阻塞性黄疸，以及应用拟胆碱药物、胺碘酮、β受体阻滞剂、心律平、钙通道阻滞剂或洋地黄等药物。

【诊断要点】① 临床主要表现为心悸、胸闷等症状。② 成人窦性心率低于 60 次/分。③ 窦性心动过缓常同时伴有窦性心律不齐（即不同 PP 间期的差异大于 0.12 秒）。④ 心电图检查可帮助明确诊断。

【鉴别诊断】主要与房室传导阻滞引起的心动过缓鉴别，常根据心电图、病史进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：① 无症状的窦性心动过缓通常无需治疗。② 大部分患者在消除病因或诱因后，症状可消失。③ 有明确的原发性疾病时应积极治疗。

1. 一般治疗　避免过劳，保持良好稳定的情绪，体位变动时应缓慢。

2. 药物治疗

阿托品　0.3～0.6 mg　口服　每日3～4次

或　异丙肾上腺素　　1 mg
　　10%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　必要时

或　阿托品　1～2 mg　静脉注射　必要时

【注意事项】① 若心率低于每分钟40次，且出现症状者可用提高心率药物(如阿托品、麻黄素或异丙肾上腺素)。② 显著窦性心动过缓伴窦性停搏且出现晕厥者可考虑安装人工心脏起搏器。③ 注意原发病治疗以及对症、支持治疗。

(三) 房性早搏

房性早搏(简称房早)见于正常人，亦可见于各种器质性心脏病。频发房早可诱发房性心动过速、心房扑动、心房颤动。

【诊断要点】① 患者可无任何症状，或觉心悸、心脏停搏感、胸闷等症状。② 心电图检查可帮助明确诊断。

【鉴别诊断】主要与房颤、房扑、交界性早搏相鉴别，检查能为心电图鉴别提供参考依据。

【治疗要点】治疗原则：积极治疗原发病，祛除诱因，无症状的房性早搏通常无需治疗。

1. 一般治疗　避免过劳、过重体力活动，戒烟酒，避免饮茶和喝咖啡，保持良好稳定的情绪。

2. 药物治疗

普罗帕酮(心律平)　　100～150 mg　口服　每日3～4次

或　美托洛尔(倍他乐克)　　12.5～25 mg　口服　每日2次

【注意事项】① 对频发房早应加强监测，找出病因，及时治疗。② 对难治性房性早搏，应及时请专科医生诊治。

(四) 心房颤动

心房颤动(简称房颤)，有阵发性及持续性两类，多见于器质性心脏病。

【诊断要点】① 临床症状与心室率快慢有关，心室率慢者常无自觉症状，快者则会出现心悸、胸闷、心绞痛、呼吸困难等表现，少数患者可发生体循环栓塞。② 体格检查可发现脉搏短绌、心律绝对不齐、第一心音强弱不等。③ 心电图检查能明确诊断。

【鉴别诊断】主要根据心电图与房扑鉴别。

【治疗要点】治疗原则：积极治疗原发病，祛除诱因。

1. 一般治疗　避免过劳，保持良好稳定的情绪，饮食宜清淡，不宜饮用浓咖啡、浓茶，戒烟酒。如心室率过快(如>160次/分)，出现血流动力学障碍、药物治疗无效，应直流电同步复律。预激综合征合并房颤者，禁用洋地黄制剂及维拉帕米(异搏定)，而选用普罗帕酮(心律平)或胺碘酮

(可达龙)静脉注射。慢性房颤者不主张复律治疗,选用药物控制心室率,并使用华法令或阿司匹林预防心房附壁血栓形成。

2. 药物治疗　根据症状予抗心律失常治疗,急性房颤者,可予药物复律或减慢心室率治疗。

(1) 急性房颤的治疗:

毛花苷C(西地兰)　0.4～0.8 mg
50%葡萄糖注射液　20 ml　　静脉缓慢推注　立即

或　普罗帕酮(心律平)　70 mg
50%葡萄糖注射液　20 ml　　静脉缓慢推注　立即

若合并预激综合征,禁用西地兰。药物复律无效时,可改用电复律。

(2) 慢性房颤的治疗:

地高辛　0.125～0.25 mg　口服　每日1次

或　胺碘酮(可达龙)　200 mg　口服　每日1～2次

华法令　2～10 mg　口服　每日1次(在上级医院指导下应用)

或　肠溶阿司匹林　100～300 mg　口服　每日1次

【注意事项】① 快速房颤必须请求上级医院支援,或转院治疗。② 慢性难以治疗的房颤,应及时与家属沟通,并转院治疗。③ 药物治疗应密切观察,防止药物副作用,服用华法令必须监测凝血酶原时间和国际标准化比值,及时复查心电图。

(五) 阵发性室上性心动过速

阵发性室上性心动过速(简称室上速),也称为“与房室交界区相关的折返性心动过速”。常发生于无器质性心脏病的正常人。

【诊断要点】① 突发突止的心悸、胸闷、头昏,个别有低血压甚至晕厥,发作时间长短不一。② 心电图呈特征性改变,能提供与室性心动过速鉴别诊断的参考依据。

【治疗要点】治疗原则:寻找病因,消除诱因,治疗原发病。治疗方法的选择:① 在心电监护下予药物治疗。② 药物治疗不能终止者,可用经食管超速抑制法治疗。③ 严重影响血流动力学稳定者,行直流电同步复律。④ 反复发作伴血流动力学障碍或从事特殊行业工作者(如驾驶员、高空作业、野外作业及经常出差在外者),首选经导管射频消融术。

1. 一般治疗　避免过劳,保持良好稳定的情绪,卧床休息,饮食宜清淡,不宜饮用浓咖啡、浓茶,戒烟酒。兴奋迷走神经方法:① 刺激咽部诱发恶心反射。② 用力咳嗽。③ 改变体位,坐位或立位者改为卧位。④ Valsalva 动作(用力吸气后屏气数秒钟,再用力做呼气动作)。⑤ 颈动脉窦按摩(患者取仰卧位,先行右侧,每次5～10秒,切莫双侧同时按摩)。⑥ 轻压眼球(不可同时按压双侧眼球,避免用力过度,应由医护人员施

行）。⑦ 将面部浸于冰水内。

2．药物治疗

（1）急性发作期的治疗：

腺苷　6～12 mg　静脉快速推注　立即

或　维拉帕米（异搏定）　5 mg
　　25%葡萄糖注射液　20 ml　静脉注射　立即（3～5 分钟毕）

或　地尔硫卓（硫氮卓酮）　10 mg
　　25%葡萄糖注射液　20 ml　静脉注射　立即（2 mg/min）

或　毛花苷 C（西地兰）　0.4～0.8 mg　静脉注射
　　50%葡萄糖注射液　20 ml　立即（10～15 分钟毕）

或　普罗帕酮（心律平）　70～140 mg　静脉注射
　　50%葡萄糖注射液　20 ml　立即（10～15 分钟毕）

警示：首选治疗药物为腺苷，如合并心力衰竭、低血压、宽 QRS 波心动过速，或尚未明确室上性心动过速时，不应选用钙拮抗剂，宜选用腺苷静脉注射。伴有心功能不全者首选洋地黄。

（2）预防发作的治疗：可试用下列药物，但效果并不可靠。

地尔硫卓（硫氮卓酮，合贝爽）[illegible] mg　口服　每日 1 次

或　普罗帕酮（心律平）　100～200 mg　口服　每日 3 次

【注意事项】① 是否需要长期药物预防，取决于发作频繁程度以及发作的严重性。药物的选择可根据临床经验或心脏电生理试验结果。② 兴奋迷走神经的方法，基层医院单位应在上级医院指导下进行，千万不能盲目施行，以防发生意外。③ 找出病因，针对病因治疗至关重要。

（六）室性早搏

室性早搏（简称室早）可发生于正常人，亦可见于各种器质性心脏病患者，其他如贫血、缺氧、药物中毒、电解质紊乱、甲状腺功能亢进或低下、严重感染、休克、过量饮酒、饮浓茶、饮咖啡等因素亦可诱发室早。

【诊断要点】① 临床常表现为心悸、胸闷，严重者可有低血压、心绞痛甚至晕厥。② 心电图检查呈现特征性改变。

【治疗要点】治疗原则：有症状或因心理不适应坚持要求治疗者首先使用 β 受体阻滞剂，无效者也可使用Ⅰ类、Ⅲ类抗心律失常药。

1．一般治疗　避免过劳，保持良好稳定的情绪，饮食宜清淡，不宜饮用浓咖啡、浓茶，戒烟酒。

2．药物治疗　予抗心律失常治疗（没有器质性心脏病，没有症状，无需治疗）。

普罗帕酮（心律平）　100～150 mg　口服　每日 3～4 次

或　美托洛尔（倍他乐克）　12.5～25 mg　口服　每日 2 次

【注意事项】① 注意消除诱因，积极治疗基础病。② 若合并冠心病、心力衰竭，治疗时需根据具体病情，上述药物慎用。③ 患者对室早的感受因人而异，判定其严重性主要依据心电图的改变，必要时检查 24 小时动态心电图，以便于准确制订治疗计划。

（七）室性心动过速

室性心动过速（简称室速）常见于各种器质性心脏病患者，其他病因包括代谢障碍、药物中毒、QT 间期延长综合征等。

【诊断要点】① 有心悸、胸闷、低血压、少尿、晕厥、气促、心绞痛等症状。② 心电图呈特征性改变，可帮助明确诊断。

【治疗要点】治疗原则：祛除病因，及时救治。

1. 一般治疗　避免过劳，保持良好稳定的情绪，卧床休息，饮食宜清淡，不宜饮用浓咖啡、浓茶，戒烟酒。

2. 药物治疗　予抗心律失常治疗。

（1）急性发作时的治疗：

	药物	剂量	用法
	利多卡因	50～100 mg	缓慢静脉注射　立即
	50%葡萄糖注射液	20 ml	
	利多卡因	100 mg	静脉滴注维持　立即（1～3 mg/min）
	5%葡萄糖注射液	100 ml	
或	心律平	70 mg	静脉注射　立即（10 分钟毕）
	50%葡萄糖注射液	20 ml	
或	胺碘酮（可达龙）	150 mg	静脉滴注　立即（1 小时毕）
	5%葡萄糖注射液	100 ml	
或	维拉帕米（异搏定）	5 mg	静脉注射　立即（3～5 分钟毕）
	25%葡萄糖注射液	20 ml	

警示：利多卡因禁用于二、三度房室传导阻滞和对本品过敏者、有癫痫大发作史者、肝功能严重不全者以及休克患者。

（2）预防发作的治疗：

胺碘酮（可达龙）　100～200 mg　口服　每日 1 次

【注意事项】① 查明病因，及时针对病因治疗。② 对确无器质性心脏病的无症状的非持续性室速，一般不需治疗，但对器质性心脏病发生的室速必须及时救治。③ 注意观察药物的应用反应，对可能出现的不良反应，应及时与患者或其家属沟通。

（八）房室传导阻滞

房室传导阻滞指房室交界区脱离了生理不应期后，心房冲动在房室交界区发生传导延迟或阻滞的现象。常见于器质性心脏病、心肌炎、心肌病、心脏介入或外科手术后、药物中毒、电解质紊乱（高钾血症）、心脏传导

组织退行性变、心肌淀粉样变，正常人或运动员因迷走神经张力增高时也可发生。

【诊断要点】① 临床表现根据阻滞程度而定，如一度常无自觉症状；二度可有心悸；三度可出现疲乏、气短、眩晕、心绞痛。② 体格检查可发现心率缓慢，心尖部第一心音减弱，第一心音强弱不等，第二心音可呈正常或反常分裂或出现大炮音。③ 心电图检查可帮助明确诊断。

【治疗要点】治疗原则：① 一度房室传导阻滞本身不需治疗。② 有血流动力学紊乱的，可静脉滴注阿托品或异丙肾上腺素等药，将心室率维持在 60～70 次/分。③ 要针对病因进行治疗，如急性心肌损伤（如心肌梗死、心肌炎等）伴房室传导阻滞，而致心脑供血明显减少者，可安装临时心脏起搏器。④ 二度Ⅱ型房室传导阻滞或三度房室传导阻滞者，如有心脑缺血症状，应安装心脏起搏器。

1. 一般治疗　避免过劳，保持良好稳定的情绪，变换体位时要缓慢，严重者应卧床休息。

2. 药物治疗　血流动力学紊乱的房室传导阻滞：予阿托品或异丙肾上腺素等药物治疗。

阿托品　0.5～2.0 mg　静脉注射　立即

或　异丙肾上腺素　0.5～1 mg |
　　5%葡萄糖注射液　250 ml | 静脉滴注　立即（1～4 μg/min）

【注意事项】① 注意消除诱因，积极治疗基础病。② 静脉滴注阿托品或异丙肾上腺素等药时，注意监护，防止出现室性心动过速等并发症。③ 密切观察病情变化，每 1～2 个月复查心电图，对严重病例应做好安装起搏器的准备工作。

二、心力衰竭

心力衰竭是各种心脏疾病导致心功能不全的一种综合征。常见的病因包括心肌梗死、心肌炎、心肌病、风湿性瓣膜病变、先天性心脏病，以及其他各种心脏疾患。常见的诱因有感染，尤其是上呼吸道感染。心力衰竭的类型常见为：① 急性与慢性心衰。② 收缩性与舒张性心衰。③ 左心衰、右心衰和全心衰。X 线、心电图、超声心动图等检查有助于诊断。

【诊断要点】

1. 左心衰的诊断要点：① 程度不同的呼吸困难（劳力性呼吸困难、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难、急性肺水肿）。② 咳嗽、咳痰、咯血。③ 乏力、倦怠、头昏、心慌。④ 少尿及肾功能损害的症状。⑤ 肺部湿性啰音。⑥ 心脏扩大、肺动脉瓣区第二心音亢进及舒张期奔马律。

2. 右心衰的诊断要点：① 消化道症状（腹胀、食欲不振、恶心、呕吐）。② 劳力性呼吸困难。③ 水肿（低垂部位、胸腔积液）、颈静脉搏动增强、充盈、怒张、肝颈静脉反流征阳性、肝大。④ 三尖瓣关闭不全的反流性杂音。

3. 心功能的分级，目前通常应用美国纽约心脏病学会（NYHA）提出的方案，见表 2-2-1。

表 2-2-1　NYHA 心功能分级

心功能分级	症　　状
Ⅰ级	体力活动不受限，日常活动不引起疲乏、心悸或呼吸困难
Ⅱ级	体力活动轻度受限，休息时无症状，日常活动可引起疲乏、心悸或呼吸困难
Ⅲ级	体力活动明显受限，休息时无症状，低于日常活动量即出现症状
Ⅳ级	不能进行任何体力活动，休息时即出现不适，任何体力活动都使症状加重

【鉴别诊断】心力衰竭的某些症状和体征也见于其他疾病。如劳力性气促可由慢性阻塞性肺疾病、肥胖或身体虚弱引起；夜间呼吸困难也可由哮喘发作引起；肺底湿啰音可由慢性支气管炎、支气管扩张症或肺炎引起；下肢水肿可由静脉曲张、静脉炎、淋巴水肿、肾脏或肝脏疾病等所致，还可在久坐或月经前后、妊娠后期发生；肝大可由血吸虫病、肝炎、脂肪肝引起；颈静脉充盈可由肺气肿或纵隔肿瘤压迫上腔静脉引起；胸水可由胸膜结核、肿瘤和肺梗死引起；腹水也可由肝硬化、低蛋白血症、腹膜结核、肿瘤引起。应注意逐一鉴别。

【治疗要点】治疗原则：祛除病因，及时纠正心力衰竭。

1. 一般治疗　注意休息，避免过劳，控制钠盐摄入，控制体重，戒烟，劝阻患者不到高海拔、高温或高湿的地区，保持良好稳定的情绪。

2. 药物治疗

（1）急性心力衰竭患者的治疗：

呋塞米（速尿）　20～40 mg　静脉注射　立即

硝普钠　60 mg
5%葡萄糖注射液　100 ml　｜　静脉滴注　立即

或　硝酸甘油　10 mg
5%葡萄糖注射液　250 ml　｜　静脉滴注　立即

或　毛花苷 C（西地兰）　0.4～0.8 mg　｜　静脉注射
50%葡萄糖注射液　20 ml　｜　立即（10～15 min 毕）

可加用　氢化可的松　100～200 mg
5%葡萄糖注射液　250 ml　｜　静脉滴注　立即

亦可加用　地塞米松　　　　　10～20 mg　静脉滴注　立即
　　　　　5%葡萄糖注射液　250 ml　（糖皮质激素只能选一种）

（2）慢性心力衰竭患者的治疗：

地高辛　0.125～0.25 mg　口服　每日 1 次

呋塞米（速尿）　20～40 mg　口服　每日 1 次

或　氢氯噻嗪（双克）　25 mg　口服　每日 2～3 次

螺内酯（安体舒通）　20 mg　口服　每日 1～2 次

培哚普利（雅施达）　4 mg　口服　每日 1 次

或　苯那普利（洛丁新）　10 mg　口服　每日 1 次

或　氯沙坦（科素亚）　50 mg　口服　每日 1 次

硝酸异山梨酯（消心痛）　10 mg　口服　每日 3 次

或　长效异乐定　50 mg　口服　每日 1 次

美多心安（倍他乐克）　6.25 mg　口服　每日 2 次（应用 2 周，以后每 2 周剂量加倍直至 75 mg　口服　每日 2 次。使用本药应在使用洋地黄和（或）利尿剂的基础上，最大剂量一日不应超过 300～400 mg。）

或　卡维地洛（达利全、金络）　3.125 mg　口服　每日 2 次（应用 2 周，此后每 2 周剂量加倍直至 25 mg　口服　每日 2 次）

【注意事项】① 适当吸氧，尤其急性左心衰竭常给予高流量吸氧。② 应用利尿剂应注意水和电解质平衡，同时注意记录出入量和体重变化。③ 急性左心衰竭为常见的心脏急诊，处理刻不容缓。一般首选毛花苷 C 和（或）呋塞米，一般不宜选用吗啡治疗。基层医院应及时请上级医院支援，并及时向患者家属交代病情。④ 对慢性顽固性心力衰竭宜转院治疗。⑤ 加强病因治疗，注意医患沟通。

三、原发性高血压（高血压病）

原发性高血压是以体循环动脉压增高为主要表现的临床综合征，是最常见的心血管疾病。在绝大多数患者中，高血压的病因不明，称之为原发性高血压，又称高血压病，占总高血压患者的 95%以上。高血压患者除了本身症状外，长期高血压还可成为多种心血管疾病的重要危险因素，并影响重要脏器如心、脑、肾的功能，最终可导致这些器官的功能衰竭。

【诊断要点】① 在安静状态下，收缩压≥140 mmHg 和（或）舒张压≥90 mmHg。② 必须在未服用抗高血压药物情况下，2 次或 2 次以上、非同日多次重复血压测定所得的平均值为依据。③ 患者收缩压与舒张压属不同级别时，应按两者中较高的级别分类；患者既往有高血压病史，目前正服抗高血压药，血压虽已低于 140/90 mmHg，亦应诊断为高血压病。④ 高血压危象：包括高血压急症和高血压亚急症，是指短期内血压急剧

升高，舒张压超过 120 或 130 mmHg 并伴有一系列严重症状，甚至危及生命的临床现象。⑤ 血压水平的定义和分类见表 2－2－2。

表 2－2－2　血压水平的定义和分类

类　别	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
正常血压	<120	<80
正常高值	120～139	88～89
高血压	≥140	≥90
1 级高血压	140～159	90～99
2 级高血压	160～179	100～109
3 级高血压	≥180	≥110
单纯收缩性高血压	≥140	<90

【鉴别诊断】应排除各种类型的继发性高血压，因为有些继发性高血压的病因可以消除，其原发疾病治愈后，血压即可恢复正常。

1. 肾性高血压：慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、多囊肾和糖尿病肾病等均可引起高血压。这些疾病早期均有明显的肾脏病变的临床表现，在病程中后期出现高血压，至终末期肾病阶段高血压几乎都和肾功能不全相伴发，因此，根据病史、尿常规和尿沉渣细胞计数不难与原发性高血压相鉴别，必要时可以肾穿刺病理检查。

2. 嗜铬细胞瘤：本病致高血压可为持续性或阵发性。阵发性高血压发作的持续时间从十多分钟至数天，间歇期亦长短不一。发作时除血压骤然升高外，还有头痛、心悸、恶心、多汗、四肢冰冷和麻木感、视力减退、上腹或胸骨后疼痛等。典型的发作可由于情绪改变如兴奋、恐惧、发怒而诱发。本病如表现为持续性高血压则较难与原发性高血压相鉴别。血和尿儿茶酚胺及其代谢产物的测定、酚妥拉明试验等有助于诊断。

3. 原发性醛固酮增多症：本病除可有轻至中度高血压，还表现为多尿，尤其夜尿增多、口渴、尿比重下降、碱性尿和蛋白尿，发作性肌无力或瘫痪、肌痛或手足麻木感等，并有低钾血症、高血钠性碱中毒。实验室检查可见血和尿醛固酮升高，血浆肾素降低。

4. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征：本病也是引起高血压的独立危险因素，可致血压升高 20%，合并高血压的发生率达 40%。诊断主要依据临床表现和多导睡眠图检查。

5. 库欣综合征：本病除血压升高外，还可出现向心性肥胖、满月脸、多血质外貌、宽大皮肤紫纹、皮肤菲薄、痤疮和骨质疏松，检查有皮质醇昼夜节律消失，24 小时尿游离皮质醇测定或 24 小时尿 17－羟皮质类固醇测

定高于正常等。

6. 肾血管疾病：肾动脉狭窄是继发性高血压的常见原因之一，超声检查、核素检查、肾动脉造影、CT 或磁共振成像术检查，有助于鉴别。

7. 药源性高血压：一些非甾体类抗炎药、避孕药、肾上腺皮质激素、拟肾上腺素药物、单胺氧化酶抑制剂、三环类抗抑郁药、重组红细胞生成素、环孢霉素和免疫抑制剂，以及可卡因、苯丙胺、甘草、麻黄、苦柑等均可致高血压，应注意鉴别排除。

【治疗要点】治疗原则：根据血压增高的性质及治疗程序，采取相应的降压措施，并积极防治并发症。

1. 一般治疗　① 改变生活方式，尽量减少精神压力，保持心理平衡。② 减轻体重，建议体重指数控制在 24 以下。③ 注意合理膳食，减少钠盐，以每日不超过 6 克为宜，减少膳食脂肪，补充适量优质蛋白，特别是少食含脂肪高的猪肉，增加禽类和鱼类动物性蛋白，增加钾和钙摄入，并多食水果和蔬菜，戒烟，限制饮酒。④ 增加和保持适度体力活动。

2. 药物治疗　根据高血压病的分级及危险分层予相应降压治疗。利尿剂（主要是噻嗪类）、钙离子拮抗剂（CCB）、β 受体阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）和血管紧张素受体拮抗剂（ARB）等 5 类药物均能有效降压和减少高血压并发症，是第一线降压药物。

（1）1 级高血压病的治疗：

　　氢氯噻嗪（双克）　12.5 mg　口服　每日 1～2 次
或　吲哒帕胺（寿比山、纳催离）　1.25～2.5 mg　口服　每日 1 次
或　美托洛尔（倍他乐克）　100～200 mg　口服　每日 2 次
或　阿替洛尔（氨酰心安）　12.5～50 mg　口服　每日 2 次

（2）2 级高血压病的治疗：

　　非洛地平缓释片（波依定）　5～10 mg　口服　每日 1 次
或　硝苯地平控释片（拜新同）　30 mg　口服　每日 1 次
或　氨氯地平（络活喜、压氏达）5～10 mg　口服　每日 1 次
　　卡托普利（开搏通）　12.5～25 mg　口服　每日 2～3 次
或　依那普利（怡那林）　10～20 mg　口服　每日 1～2 次
或　培哚普利（雅施达）　4～8 mg　口服　每日 1 次
或　苯那普利（洛丁新）　10～20 mg　口服　每日 1 次
或　氯沙坦（科素亚）　50 mg　口服　每日 1 次

（3）3 级高血压病的治疗：

　　非洛地平缓释片（波依定）　5～10 mg　口服　每日 1 次
或　硝苯地平控释片（拜新同）　30 mg　口服　每日 1 次
或　氨氯地平（络活喜、压氏达）　5～10 mg　口服　每日 1 次

卡托普利(开搏通)　12.5～25 mg　口服　每日 2～3 次
或　依那普利(恰那林)　10～20 mg　口服　每日 1～2 次
或　培哚普利(雅施达)　4～8 mg　口服　每日 1 次
或　苯那普利(洛丁新)　10～20 mg　口服　每日 1 次
或　氯沙坦(科素亚)　50 mg　口服　每日 1 次
氢氯噻嗪(双克)　12.5 mg　口服　每日 1～2 次
或　吲哒帕胺(寿比山、纳催离)　1.25～2.5 mg　口服　每日 1 次
美托洛尔(倍他乐克)　25～100 mg　口服　每日 2 次
或　阿替洛尔(氨酰心安)　12.5～50 mg　口服　每日 2 次

(4) 高血压危象的处理，可迅速选用注射降压药，并加强与患方沟通，通知病危，请求上级医院援助，常选用：

硝普钠　0.25～10 μg/(kg·min)　静脉滴注　立即
或　硝酸甘油　5～100 μg/min　静脉滴注　立即
或　酚妥拉明　5～10 mg
5%葡萄糖注射液　100 ml　静脉滴注　立即
或　尼卡地平　5～15 mg
5%葡萄糖注射液　100 ml　静脉滴注　立即
或　利血平　0.5～1 mg　肌内注射　立即(必要时 6 小时后可重复)

【注意事项】

1. 测血压应由医护人员在标准条件下按统一的规范进行测量。自我测量应向医护人员很好学习，并经常校正其结果，确保结果准确。目前市售的各种电子血压计误差较大，应予注意。

2. 高血压必须由医师确定诊断，并指导治疗意见，一般早期不稳定的血压升高以观察为主，必要时进行 24 小时动态血压测定。

3. 降压药选择　① 合并心力衰竭者，宜选择利尿剂、ACEI。② 老年人收缩期高血压者，宜选择利尿剂、长效二氢吡啶类 CCB。③ 合并糖尿病、蛋白尿或轻、中度肾功能不全者(非肾血管性)，可选用 ACEI。④ 心肌梗死后的患者，可选择无内在拟交感作用的 β 受体阻滞剂或 ACEI(尤其伴收缩功能不全者)。对稳定型心绞痛患者，也可选择 CCB。⑤ 对伴有脂质代谢异常的患者也可选用 α_1 受体阻滞剂，不宜用 β 受体阻滞剂或利尿剂。⑥ 伴妊娠者，不宜用 ACEI、ARB 及利尿剂，可选用硝苯地平、拉贝洛尔、甲基多巴。⑦ 对合并哮喘、抑郁症、糖尿病的患者，不宜用 β 受体阻滞剂；痛风患者不宜用利尿剂；合并心脏起搏传导障碍者不宜用 β 受体阻滞剂及非二氢吡啶类 CCB。⑧ 降压药物目前主张联合用药，如 ACEI 与利尿剂、CCB 与 β 受体阻滞剂、ACEI 与 CCB 等。

4. 高血压治疗需要个体化，根据分级及危险分层进行治疗。控制血

压达靶目标。高血压病诊断一旦确立，通常需要终身治疗（包括非药物治疗）。

5. 我国不少中草药复方制剂其降压作用温和，价格低廉，作为基本医疗之需要仍在一定范围内广泛使用，但有关药理、代谢及靶器官保护等作用尚缺乏深入研究，且有一定的不良反应，因此未推荐为一线用药。

6. 高血压治疗过程中必须定期复查心电图、超声心动图、血脂、血糖、尿常规、眼底及脑血流等方面检查，积极防治并发症。

7. 对于高血压危象的治疗应注意　① 一旦出现高血压危象苗头，必须高度重视，其处理刻不容缓，边抢救边拨打“120”或请上级医院进行支援。② 高血压脑病治疗时，降压不宜过快，1 小时内平均动脉压降低 20%～30%，或舒张压降至 100 mmHg 为宜，首选硝普钠。③ 急性主动脉夹层治疗时，应迅速降压，15～30 分钟内使收缩压降至 100～120 mmHg，平均动脉压≤80 mmHg，首选硝普钠，同时缓慢静脉应用 β 受体阻滞剂，如艾司洛尔、美托洛尔或普萘洛尔，使心率降至 60 次/分左右，亦可应用拉贝洛尔。④ 不稳定型心绞痛和急性心肌梗死伴血压显著增高者治疗时，首选硝酸甘油，使舒张压降至 100 mmHg 左右或直至症状改善，如血压极高或硝酸甘油无效，应改为硝普钠。⑤ 高血压急症治疗时，应在 24 小时内降压至 150～170/100～110 mmHg，或平均动脉压降低 20%～25%。

四、冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠状动脉粥样硬化致血管腔阻塞，导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病）和冠状动脉功能性改变（痉挛），统称为冠状动脉性心脏病，简称冠心病，亦称缺血性心脏病。吸烟、高血压、高脂血症、糖尿病、老年人、男性等是冠心病的易患因素。本病分为无症状性心肌缺血型（隐匿型）、心绞痛型、心肌梗死型、缺血性心肌病型、猝死型五类。症状、体征、实验室检查（心电图、动态心电图、心脏超声、运动试验、心脏超声负荷试验、放射性核素检查、冠状动脉造影、冠状动脉内超声、心肌酶谱、肌钙蛋白等）可帮助明确诊断。

心绞痛分为稳定型心绞痛与不稳定型心绞痛，是冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛感觉，主要位于胸骨后部，可放射致心前区和左上肢，常发生于劳动或情绪激动时，持续数分钟，休息或用硝酸酯制剂后消失。根据典型的发作特点和体征，含用硝酸甘油后缓解，结合年龄和存在冠心病易患因素，排除其他原因所致的心绞痛，一般即可建立诊断。

【诊断要点】① 常有高血压、糖尿病史的中老年人。② 心绞痛常由

体力活动引起，寒冷、精神紧张、饱餐后可诱发。③ 临床表现为心绞痛，常是钝痛、憋闷、亦可剧痛，可发生在胸骨后、左心前区、咽部，并可放射至下颌、背部、左肩、左上肢等。④ 心电图、运动试验、超声心动图可帮助明确诊断，冠状动脉造影可确诊。⑤ 血脂、心肌酶谱对诊断亦有帮助。

【鉴别诊断】主动脉粥样硬化引起的主动脉变化和主动脉瘤，需与梅毒性主动脉炎和主动脉瘤鉴别；胸片发现主动脉影增宽还应与纵隔肿瘤相鉴别；冠状动脉粥样硬化引起的心绞痛和心肌梗死需与其他原因引起的冠状动脉病变如冠状动脉炎、冠状动脉畸形、冠状动脉栓塞等鉴别；心肌纤维化需与其他心脏病，特别是原发性扩张型心肌病鉴别；胸痛还需与心脏神经症、肋间神经痛、胃食管反流、食管动力障碍、食管裂孔疝、消化性溃疡、颈椎病等疾病鉴别。

【治疗要点】治疗原则：改善冠脉循环，改善心肌缺血，减少和防治冠脉痉挛，防止诱发因素，积极防治并发症。

1. 一般治疗　① 发挥患者的主观能动性配合治疗。② 合理膳食：体重指数控制在 24 以下；减少钠盐摄入，以每日不超过 6 g 为宜；低脂、低胆固醇饮食，尽量避免摄入饱和脂肪酸和反式脂肪酸（属于不饱和脂肪酸），尽量摄入顺式脂肪酸（属于不饱和脂肪酸）；提倡饮食清淡，多食富含维生素 C 和植物蛋白的食物。③ 适当的体力劳动和体育锻炼。④ 合理安排工作和生活：生活要有规律，情绪开朗，避免过劳和情绪激动，注意劳逸结合，保证充分睡眠。⑤ 提倡不吸烟，不饮烈性酒。⑥ 积极治疗与本病有关的一些疾病：包括高血压、肥胖症、高脂血症、痛风、糖尿病、肝病、肾病综合征和有关的内分泌疾病等。

2. 药物治疗

(1) 无症状性心肌缺血型冠心病的治疗：

肠溶阿司匹林　75 mg　口服　每日 1 次

硝酸异山梨酯（消心痛）　10 mg　口服　每日 3 次

或　单硝酸异山梨酯（长效异乐定）　50 mg　口服　每日 1 次

(2) 稳定型心绞痛急性发作期的治疗：

硝酸甘油　0.5 mg　舌下含服　立即

或　速效救心丸　5～10 粒　舌下含服　立即

或　麝香保心丸　2 粒　舌下含服　立即

(3) 心绞痛缓解期的治疗：

肠溶阿司匹林　75～100 mg　口服　每日 1 次

硝酸异山梨酯（消心痛）　10 mg　口服　每日 3 次

或　单硝酸异山梨酯（长效异乐定）　50 mg　口服　每日 1 次

美托洛尔（倍他乐克）　25～50 mg　口服　每日 2 次

或　阿替洛尔(氨酰心安)　12.5～25 mg　口服　每日2次
或　地尔硫卓(合心爽)　30 mg　口服　每日3次
　　卡托普利(开搏通)　12.5～25 mg　口服　每日2～3次
或　依那普利(怡那林)　10 mg　口服　每日1～2次
或　培哚普利(雅施达)　4 mg　口服　每日1次
或　苯那普利(洛丁新)　10 mg　口服　每日1次
或　氯沙坦(科素亚)　50 mg　口服　每日1次
　　辛伐他汀(舒降之)　20～40 mg mg　口服　每晚1次
或　阿托伐他汀(立普妥)　10～20 mg mg　口服　每晚1次
　　曲美他嗪(万爽力)　20 mg　口服　每日3次
　　(4) 不稳定型心绞痛的治疗：
　　阿司匹林　150～300 mg　嚼服　立即　(以后每日75～150 mg)
　　硝酸甘油　5～10 mg | 静脉滴注(初5～10 μg/min，
　　5%葡萄糖注射液　250 ml | 后渐增)　立即
或　阿替洛尔(氨酰心安)　1 mg/5 min　静脉注射　立即　(共3～5 mg)
或　地尔硫卓(合心爽)　30～50 mg | 静脉滴注　立即
　　5%葡萄糖注射液　250 ml | (根据血压、心率调整滴数)
或　阿替洛尔(氨酰心安)　1 mg/5 min　静脉注射　立即　(共3～5 mg)
或　地尔硫卓(合心爽)　30 mg　口服　每日3次

【注意事项】① 一般心绞痛型冠心病伴有心功能不全，治疗上除抗血小板、扩张冠状动脉、应用β受体阻滞剂或钙通道阻滞剂外，尚需治疗心功能不全，从心衰发生的神经内分泌机制予ACEI或ARB进行干预治疗，以及调脂治疗。② 如心绞痛反复发作，应考虑冠状动脉造影，根据造影结果考虑进一步治疗方案，如经皮球囊冠状动脉成形术(PTCA)加支架术、冠状动脉旁路手术(CABG)等。③ 对冠心病的治疗要有耐心，千万不能急于求成，如心绞痛明确必须纠正心绞痛。④ 定期进行心电图复查，密切观察病情变化。尤其对于不稳定型心绞痛应予高度重视，并与患方及时沟通，随时做好转院诊疗的准备。

五、急性心肌梗死

急性心肌梗死是指心肌的缺血性坏死。在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉血供应急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地急性缺血所致。临床表现有持久的胸骨后剧烈疼痛、发热、白细胞计数和血清心肌酶增高以及心电图进行性改变，可发生心律失常、休克或心力衰竭，

属冠心病的严重类型。约50%的患者在发病后1小时内于院外猝死，死因主要是致命性心律失常。

【诊断要点】① 缺血性胸痛的临床病史。② 心电图的动态演变(T波高耸、ST段抬高并与T波融和成单相曲线、Q波形成)。③ 心肌坏死的血清心肌标记物(CK、CKMB、AST、LDH、LDH_1)浓度的动态改变。

急性ST段抬高型心肌梗死的诊断标准，必须至少具备上述三条标准中的两条。非ST段抬高型心肌梗死，其心电图特征是：先是ST段普遍压低(除aVR，有时V_1导联外)，继而T波倒置，但始终不出现Q波。

【鉴别诊断】急性心肌梗死应注意与心绞痛、急性肺栓塞、主动脉夹层、急性心包炎、急腹症等鉴别。除病史、体格检查、心电图检查和血清心脏标志物测定外，D-二聚体、经食管超声心动图、X线、CT、MRI等有助于鉴别。

【治疗要点】治疗原则：保护和维持心脏功能，挽救濒死的心肌，防止梗死扩大，缩小心肌缺血范围，及时处理严重心律失常、泵衰竭和各种并发症，防止猝死，使患者不但能度过急性期，且康复后还能保持尽可能多的有功能的心肌。

1. 一般治疗　包括休息、吸氧、戒烟、严密监护、止痛、镇静、开放静脉、保持水电平衡，急性期要使患者避免情绪激动，吃清淡易消化饮食，保持大便通畅。

2. 药物治疗

(1) 院前急救：

硝酸甘油　0.5 mg　舌下含服　立即

或　速效救心丸　5～10粒　舌下含服　立即

或　麝香保心丸　2粒　舌下含服　立即

或　硝酸甘油　10 mg
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　立即

警示：院前急救的基本任务是帮助急性心肌梗死患者安全、迅速地转运到医院，以便尽早开始再灌注治疗。

(2) ST段抬高或伴左束支传导阻滞的急性心肌梗死患者的住院治疗：

阿司匹林　300 mg　嚼服　立即

哌替啶(度冷丁)　50～100 mg　肌内注射　立即(基层医院须在上级医院指导下慎用)

或　吗啡　5～10 mg　皮下注射　立即(基层医院必须在上级医院指导下慎用)

	尿激酶	150万U	
	5%葡萄糖注射液	100 ml	静脉滴注 立即(30分钟毕)
或	链激酶	150万U	
	5%葡萄糖注射液	100 ml	静脉滴注 立即(1小时毕)

肝素 7 500～10 000 U 皮下注射 每12小时1次

或 低分子量肝素(法安明、速碧林) 5 000～7 500 U 皮下注射 每12小时1次

美托洛尔(倍他乐克) 25～50 mg 口服每日2～3次

或 阿替洛尔(氨酰心安) 6.25～25 mg 口服每日2次

卡托普利(开搏通) 6.25 mg 口服 立即

【注意事项】

1. 急性心肌梗死是一种严重而且危及生命的心脏病,加强预防,早期诊断和治疗,严格监护和积极治疗合并症是改善预后的几个重要方面。目前,住院患者的病死率大致为15%～20%,死亡的主要原因是心源性休克、心室破裂、严重心力衰竭、严重心律失常。本病需要加强医患沟通。

2. 基层医院以负责院前急救为主,疑是或已确诊的,如有条件,应尽快送患者去上级医院进一步诊治。溶栓治疗前应查血常规、凝血功能及血型,且应在上级医院指导下进行。主张在早期,即最初的几小时内使用倍他乐克,因为即刻使用在未溶栓的患者中,可减少梗死范围,降低死亡率;在已经溶栓的患者中可降低再梗死率与缺血率。一般用法:可先静脉注射2.5～5 mg(2分钟内),每5分钟1次,共3次,总剂量为10～15 mg,后改口服,每6～12 h服用25～50 mg共48 h,以后可根据病情变化改维持量。

3. 如发生心律失常、休克或心力衰竭,需要同时进行治疗(治疗要点参见相关章节)。

4. 定期进行心电图、心肌酶谱复查,如准备冠状动脉旁路手术,必须先行心血管造影。

5. 急性心肌梗死早期使用ACEI能降低病死率,尤其是治疗的前6周,而前壁心肌梗死伴有左心室功能不全的患者获益最大。在无禁忌证的情况下,溶栓治疗后血压稳定即可开始使用ACEI。ACEI的禁忌证:① 心肌梗死急性期动脉收缩压<90 mmHg。② 临床出现严重肾衰竭(血肌酐>265 μmol/L)。③ 有双侧肾动脉狭窄史者。④ 对ACEI过敏者。⑤ 妊娠、哺乳期妇女。

六、 心肌炎

心肌炎指心肌本身的炎性病变,其病因多认为是病毒感染所致。临床表现主要有心悸、气促、心前区不适、乏力、心律失常。大部分患者经适

当治疗可得以完全恢复，少部分患者可转为慢性心肌炎，最终发展为非特异性扩张型心肌病。本病可见于各年龄组，正常成人可能发病率为5%，儿童更高，是儿童和健康青年猝死的重要原因。心电图、心肌酶谱等检查有助于诊断。

【诊断要点】① 发病前1～3周有病毒感染史，有呼吸道和消化道症状。② 临床表现为头晕、乏力、心悸、胸闷、胸痛、呼吸困难、心源性休克，甚至发生阿-斯综合征、猝死。③ ALT、CK-MB、LDH、cTnT等可正常或升高，白细胞计数中度升高，血沉增快。④ 心电图呈特征性改变。⑤ 心内膜活检能为诊断提供重要依据。

【鉴别诊断】在考虑病毒性心肌炎诊断时，应排除β受体功能亢进、甲状腺功能减退、二尖瓣脱垂综合征及影响心肌的其他疾患，如风湿性心肌炎、中毒性心肌炎、冠心病、结缔组织病、代谢性疾病和克山病等。

【治疗要点】治疗原则：减轻心脏负担，增强营养，提高其收缩机能，治疗原发病以及防治心律失常和心功能不全。

1. 一般治疗　注意休息(2～4周)，高热量、高维生素饮食，心电监护，避免情绪激动，保持情绪乐观，戒烟酒。

2. 药物治疗　包括对症、支持治疗，防治心律失常和心功能不全以及抗病毒药物的应用。

辅酶Q_{10}(能气朗)　10 mg　口服　每日3次
曲美他嗪(万爽力)　20 mg　口服　每日3次
硝酸异山梨酯(消心痛)　10 mg　口服　每日3次
或　单硝酸异山梨酯(长效异乐定)　50 mg　口服　每日1次
更昔洛韦　5 mg/kg
5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日1次

【注意事项】① 治疗期间一定要保证充分的休息，静脉输液治疗疗程在半月左右，能气朗及万爽力等药需口服3个月以上或直至症状消失。② 目前尚无特效疗法，有可能出现病情急剧恶化甚至死亡，超过3个月未愈者可转为慢性病程，出现非特异性扩张型心肌病，应加强医患沟通。③ 基层医院以营养心肌、抗病毒治疗为主，出现严重心律失常或心力衰竭、心源性休克者，如有条件转院，应尽快送患者去上级医院进一步诊治。④ 治疗期间定期复查心电图与心肌酶谱。

七、心包炎

心包炎是指心包脏层和壁层发生炎症，以胸痛、心包摩擦音为特征的临床综合征，表现为干性、纤维素性或渗出性心包炎症。临床上分急性心包炎和慢性心包炎。主要由结核杆菌、病毒、化脓性细菌所引起，亦可由

风湿热、过敏反应、心脏创伤、恶性肿瘤、尿毒症等引起，因而常是某种疾病的一部分。我国结核性心包炎较多见。

【诊断要点】① 常有结核病史、病毒感染、化脓性细菌感染史及肿瘤史。② 是某种疾病的部分临床症状。③ 临床表现主要为：A. 心前区尖锐的剧痛或沉重的闷痛，可随呼吸、咳嗽而加剧；B. 浅而急促的呼吸困难；C. 常在胸骨左缘第3第4肋间闻及心包摩擦音；D. 出现心脏压塞征、颈静脉怒张、血压下降、奇脉等；E. 超声心动图诊断心包积液最为简便可靠，基层医院均可开展；F. 心包穿刺液的检查大部分呈渗出性改变。

【鉴别诊断】① 急性心包炎诊断后，尚需进一步明确病因诊断，主要病因类型有病毒性心包炎、结核性心包炎、心包肿瘤、化脓性心包炎以及心脏损伤后综合征，需注意鉴别。② 缩窄性心包炎除了要与限制性心肌病鉴别外，尚需与肝硬化、结核性腹膜炎和其他心脏病引起的心力衰竭相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：住院针对原发病进行有效的治疗，同时进行有效的处理；出院后继续康复治疗。

1. 一般治疗　针对原发病进行治疗。如为化脓性进行抗感染治疗，风湿性进行抗风湿治疗，结核性进行抗结核治疗，肿瘤性进行抗肿瘤治疗。

2. 对症治疗

(1) 心包积液：可做心包穿刺。对有心脏压塞症状者必须立即心包穿刺放液，以解除压迫症状。心包穿刺既是治疗，又是一种检查方法。

(2) 胸痛：可适当使用镇静剂，如盐酸布桂嗪(强痛定)等，必要时可选用吗啡镇痛。

(3) 缩窄性心包炎：可考虑做心包切除术(常在感染控制后进行)。

(4) 心力衰竭：按心力衰竭治疗(见心力衰竭章节)。

3. 药物治疗

(1) 化脓性心包炎：

头孢拉定　0.5 g　口服　每日3次

或　青霉素　320万U　(皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日3次

(2) 结核性心包炎：

参照肺结核病章节进行抗结核治疗。

(3) 风湿性心包炎：

青霉素　320万U　(皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日3次

吲哚美辛(消炎痛)　25 mg　口服　每日3次

具体参见风湿热章节。

(4) 急性非特异性心包炎:

阿司匹林　0.3 g　口服　每日3次

地塞米松　1 mg　口服　每日3次

或　泼尼松　10～20 mg　口服　每日3次

(5) 心包炎伴心力衰竭:

氢氯噻嗪(双克)　25 mg　口服　每日2次

地高辛　0.25 mg　口服　每日1次

【注意事项】① 针对病因治疗至关重要,必须迅速查明原因。② 缩窄性心包炎一旦确诊争取及时进行心包切除,并做好术前的充分准备。③ 对心包积液及心脏压塞者行心包穿刺是一项关键性的治疗,应及时抽液减压。④ 消炎痛、布洛芬和糖皮质激素有增加心脏破裂的危险,近来提倡用阿司匹林代替之。⑤ 由于静脉滴注足量抗生素,心包腔内达到治疗药物浓度,故不需要再向心包腔内注入抗生素,但化脓性心包炎尚应考虑切开心包,进行排脓及清洗。⑥ 肿瘤性心包炎可予心包留置引流导管,以方便向心包腔内注药,避免反复心包穿刺。

八、 感染性心内膜炎

感染性心内膜炎是由病原微生物循血行途径引起的心内膜、心瓣膜或邻近大动脉内膜的感染并伴赘生物的形成。临床分为急性和亚急性两种,后者较多见。

【诊断要点】① 患者常有获得性或先天性心血管疾病史,亦可有尿道、胃肠道或妇科器械检查、拔牙、静脉插管、血液透析、心脏手术等病史。② 常有畏寒、发热,可伴乏力、多汗、肌肉关节酸痛、食欲不振、贫血和体重减轻。出现心力衰竭的临床表现,全身性栓塞亦是感染性心内膜炎的常见临床表现,可出现脑、肾、脾及冠状动脉等的栓塞,引起相应临床症状,如肾栓塞时出现两肋和腹部疼痛。③ 心脏听诊除原有基础心脏病的各种杂音外,最具特征性的表现是新出现的病理性杂音或原有杂音的明显改变,如变得粗糙、响亮等。全身性栓塞,可出现相应部位的体征,如肾栓塞时出现肉眼或镜下血尿。④ 超声心动图能观察赘生物、瓣膜穿孔、瓣膜脓肿与血流动力学改变等征象,亦能评估心室功能。

【鉴别诊断】① 急性感染性心内膜炎需与金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、革兰阴性杆菌所致败血症相鉴别。② 亚急性感染性心内膜炎需与风湿热、结核、左心房黏液瘤、系统性红斑狼疮、淋巴瘤、肾小球肾炎等相鉴别。

【治疗要点】治疗原则:早期住院治疗,彻底消除致病赘生物,必要时进行适当的外科处理,严防复发。康复期可在家中继续巩固治疗。

1. 一般治疗　卧床休息至少1个月，保持情绪稳定，注意口腔卫生、全身卫生，特别既往有心脏病史者应避免受凉，发现病情变化随时报告医生，如视力、瘀点、小结节及体温变化等。恢复期也应注意避免过度劳累，出院后应注意本病的复发或再感染。一旦出现不明原因的发热，应立即到医院进行有关检查，包括超声心动图。

2. 药物治疗　主要针对致病微生物，早期经验选择广谱抗生素，根据药敏试验结果可进行相应调整，但应注意要早、要及时，量要足，疗程要适当。常采取抗生素联合用药，以加强疗效。常选用青霉素、头孢菌素类、万古霉素、萘夫西林等。

(1) 青霉素敏感的链球菌感染：

青霉素	400万U	（皮试阴性）　静脉滴注
5%葡萄糖注射液	250 ml	每6小时1次　连续4周

(2) 严重葡萄球菌感染：

萘夫西林	2 g	（皮试阴性）　静脉滴注
5%葡萄糖注射液	250 ml	每4小时1次　连续4～6周

或　加用头孢唑啉　2 g　（皮试阴性）　静脉滴注　每8小时1次　连续4～6周

或　加用庆大霉素　8万U　静脉滴注　每8小时1次

(3) 铜绿假单胞菌及其他革兰氏阴性杆菌感染：

头孢哌酮/舒巴坦(舒普深)	2.0 g	（皮试阴性）　静脉滴注
5%葡萄糖注射液	250 ml	每12小时1次　连续4周

或　加用阿米卡星　0.4 g　静脉滴注　每日1次　连续5～7日

(4) 培养阴性，超声心动图检出赘生物或高度疑似病例：

万古霉素　2.0 g　静脉注射或肌内注射　每日1次　连续4～6周

或　庆大霉素　8万U　静脉注射或肌内注射　每日1次　连续5～7日

(5) 作为牙科治疗或上呼吸道手术的预防用药：

阿莫西林　3 g　术前1小时口服　6小时再服1.5 g

3. 外科手术　当药物治疗无效或出现严重并发症时，可考虑及时手术，但必须相当谨慎，术后继续使用抗生素4～6周。

【注意事项】① 感染性心内膜炎是一种可以完全治愈的疾病，其前提是能够早期诊断、早期充分治疗。若未得到有效治疗，病死率很高。② 应在24～48小时内采血培养3～5次后，立即选用抗生素，主要依据药敏结果选择。抗生素应用原则：及时、足量、联合用药，疗程恰当，注意可能发生的不良反应。③ 治疗期间应注意肝、肾功能及血象变化。④ 手术适应证：A. 内科治疗无效的进行性心力衰竭；B. 迅速发展的重度主动脉瓣关闭不全；C. 真菌性心内膜炎；D. 左侧心瓣膜革兰阴性杆菌感染；

E. 人造瓣膜心内膜炎；F. 左室室壁瘤和(或)主动脉瘤；G. 复发性感染性心内膜炎或足量抗生素治疗无效者。

九、 风湿热

风湿热是甲族乙型溶血性链球菌感染后的免疫性晚期续发病。各器官有非细菌性炎症，临床上以多发性游走性关节炎、心脏炎、皮肤环形红斑及皮下结节等为主要表现。其特点为反复风湿活动发作，若波及心脏则产生心脏瓣膜永久性损害，导致风湿性心脏病。本病多发生于气候多变的冬春季节，在潮湿拥挤的环境中发病较多，好发年龄 5～15 岁，复发多在初发后的 3～5 年内，复发可导致心脏损害加重。近年来由于抗生素的应用及居住、营养条件等的改善，发病率已明显下降。

【诊断要点】如果先前有甲族乙型链球菌感染的依据，而又具备下表中 2 项主要表现或 1 项主要表现、2 项次要表现即可诊断，见下表(表 2－2－3)：

表 2－2－3　初发风湿热诊断依据

主要表现	次要表现
心脏炎	关节痛、发热
多发性游走性关节炎	急性期反应物质增加：红细胞沉降率加速、C－反应蛋白增加
Sydenham 舞蹈症	PR 间期延长
环形红斑	
皮下结节	

支持先前甲族乙型链球菌感染的依据：咽拭子培养或快速链球菌抗原试验阳性；链球菌抗体滴度升高；两项链球菌抗体(如抗链球菌脱氧核酸酶 β 和抗透明质酸酶)阳性，感染可能性 95%以上。

【鉴别诊断】本病需与其他病因的关节炎(类风湿关节炎、脓毒血症引起的迁徙性关节炎、结核性关节炎、结核感染过敏性关节炎、莱姆关节炎、淋巴瘤和肉芽肿)、亚急性感染性心内膜炎、病毒性心肌炎、链球菌感染后状态、系统性红斑狼疮等鉴别。

【治疗要点】治疗原则：控制炎症，预防复发，保护心脏。

1. 一般治疗　无心脏炎的急性风湿热须卧床休息至少 2 周。急性期有心脏炎表现者宜绝对卧床休息至急性症状完全消失、血沉接近正常时，可逐渐起床活动；若伴心力衰竭，则应在心功能恢复后再卧床 3～4 周；饮食宜少量多餐，富于营养和易于消化；避免情绪激动，保持情绪乐观，戒烟酒。

2. 药物治疗　包括抗生素、水杨酸制剂和肾上腺皮质激素治疗以及对症、支持治疗。

(1) 风湿热的治疗：

阿司匹林　1.0～1.5 g　口服　每日 4 次

或　双氯芬酸钠(扶他林)　50 mg　口服　每日 3 次

奥美拉唑(奥克)　20 mg　口服　每日 2 次

铝碳酸镁(达喜)　1.0 g　嚼服　每日 3 次

泼尼松　10～20 mg　口服　每日 3 次

青霉素　80 万 U (皮试阴性)　肌内注射　每日 2 次(连续 2 周)

或　青霉素　240 万 U | (皮试阴性)

5%葡萄糖注射液　100 ml | 静脉滴注　每日 2 次(连续 2 周)

(2) 风湿热预防：

1) 一级预防：对象是急性乙型链球菌咽峡炎患者。

长效青霉素　60 万～120 万 U (皮试阴性)　肌内注射　4 周 1 次

或　青霉素 V　250～500 mg　口服　每日 2～3 次　连续 10 个月

对青霉素过敏者尚可用红霉素或头孢菌素类抗生素。

2) 二级预防：对象是近期急性风湿热或原有慢性风湿性心瓣膜病患者。

① 长效青霉素或青霉素 V，过敏者选用红霉素、阿奇霉素。② 伴心肌炎及残留瓣膜损害，持续 10 年或终生预防。③ 伴心肌炎，无残留瓣膜损害，持续 10 年或更长时间。④ 不伴心肌炎的儿童持续 5 年或直至成年。

【注意事项】① 平时注意预防与控制链球菌感染，注意防寒保暖，加强抵抗力。② 对伴有心力衰竭、舞蹈病或风湿性心脏病的患者，同时分别进行治疗，有条件者转上级医院进一步诊治。③ 慢性心瓣膜病严重者可考虑手术治疗。

十、 风湿性心脏病

风湿性心脏病系由于反复风湿性心脏炎发作，发生心瓣膜及其附属结构(腱索、乳头肌)病变，导致瓣膜狭窄和关闭不全的瓣膜功能异常，产生血液动力学障碍，即为慢性风湿性心脏病。

【诊断要点】① 有反复风湿活动史，但有近一半的患者无明确风湿热病史而出现心瓣膜病。② 多见于 20～40 岁成人。风湿性心脏病以二尖瓣最常见，其次为主动脉瓣，后者常与二尖瓣病损同时存在称联合瓣膜病。易侵犯二尖瓣及主动脉瓣的原因，可能与两者所承受压力负荷较大有关。瓣膜功能异常的主要原因为风湿热发作，但也可由于非风湿性所

引起，需注意鉴别。③ 心脏彩超、超声心动图有助于诊断。

【鉴别诊断】① 风湿性心脏病二尖瓣狭窄需与相对性二尖瓣狭窄（重度贫血、扩张型心肌病、重症心肌炎、甲状腺功能亢进、左向右分流的先天性心脏病）、严重主动脉瓣关闭不全所致 Austin-Flint 杂音、左房黏液瘤等鉴别。② 风湿性心脏病二尖瓣关闭不全需与生理性杂音、相对性二尖瓣关闭不全、室间隔缺损、主动脉瓣狭窄、三尖瓣关闭不全等鉴别。③ 风湿性心脏病主动脉瓣狭窄需与其他左室流出道梗阻疾病，如先天性主动脉瓣上狭窄、先天性主动脉瓣下狭窄和肥厚梗阻性心肌病等鉴别。④ 风湿性心脏病主动脉瓣关闭不全需与 Marfan 综合征、Graham-Steell 杂音鉴别。

【治疗要点】治疗原则：积极预防及治疗风湿活动，并积极防治并发症。

1. 一般治疗　适当限制体力活动；在口腔治疗、器械检查或手术前后应注意预防感染性心内膜炎；积极治疗心律失常、心绞痛；预防风湿热复发；避免情绪激动，保持情绪乐观，低盐低脂饮食，戒烟酒。对症治疗主要针对急性肺水肿、心力衰竭、咯血的治疗，参见各有关章节。

2. 药物治疗　对不同病变采取相应治疗。

苄星青霉素　120 万 U　（皮试阴性）　肌内注射　每 4 周 1 次

肠溶阿司匹林　100 mg　口服　每晚 1 次

警示：对无活动性的风湿性心脏病患者无需应用抗生素，手术治疗适用于内科治疗无效者。

【注意事项】① 平时注意预防与控制链球菌感染，注意防寒保暖，加强抵抗力，避免感染，保护心功能。② 针对患者的临床表现对症治疗，如患者出现咳嗽、呼吸困难、肺部啰音等心功能不全表现可使用利尿剂、洋地黄类强心剂。注意严重二尖瓣狭窄引起的心功能不全不能使用洋地黄等强心剂。肺淤血较重时硝酸酯类口服可帮助缓解症状。③ 为纠正瓣膜结构形态的变化，可采用内科或外科的瓣膜成形术以及外科的瓣膜置换术。

（吉宁飞）

第三节　消化系统疾病

一、黄疸

黄疸是指血清胆红素浓度致使巩膜、皮肤、黏膜以及其他组织和体液发生黄染的现象。黄疸不是一个独立疾病，而是多种疾病的一种症状和体征，多见于肝、胆道、胰腺以及血液系统的某些疾病。

【诊断要点】① 巩膜、皮肤、黏膜以及其他组织和体液发生黄染。② 正常血清总胆红素的浓度不超过 17 μmol/L，当其超过 34 μmol/L 时，临床出现黄疸。③ 如胆红素超过正常值而肉眼未能观察到时，称为隐性黄疸。

【鉴别诊断】

1. 非结合性胆红素血症　① 巩膜轻度黄疸，呈浅柠檬色，皮肤无瘙痒。急性大量溶血或溶血危象时起病急骤，出现发热、头痛和全身不适，皮肤黏膜明显苍白，脾肿大。② 血清胆红素增高，一般不超过 85 μmol/L，以非结合性胆红素增高为主。③ 尿中尿胆原增加而无胆红素，急性发作时有血红蛋白尿，呈酱油色；慢性溶血时尿内含铁血黄素增加，24 小时粪中尿胆原排出量增加。④ 外周血网织红细胞增多，出现有核红细胞，骨髓红细胞系统增生活跃。在遗传性球形红细胞增多时，红细胞脆性增加，地中海贫血时脆性降低。

(1) Gilbert 综合征：除有黄疸外，多无其他症状，或仅有轻度乏力、消化不良、肝区不适等。血清非结合性胆红素增高，红细胞脆性正常，肝功能正常。肝组织活检仅有轻度脂褐素沉积，无炎症坏死等改变。一般无需治疗，预后良好。

(2) Crigler-Najjar 综合征：Ⅰ型患者多在出生后 2 周内出现痉挛、角弓反张等核黄疸表现，短期内死亡。Ⅱ型的临床症状较Ⅰ型轻，部分可存活至成年。诊断主要依据临床表现并依据血清非结合性胆红素增高且无溶血证据。

2. 结合性胆红素血症

(1) 肝细胞性黄疸：① 巩膜和皮肤呈浅黄色至深金黄色。② 血清结合胆红素增高。③ 尿胆红素阳性，尿中尿胆原增加。④ 血清转氨酶明显增高，病毒性肝炎时，其病毒标志物常阳性，肝组织活检有助于弥漫性肝病的诊断。

(2) 胆汁淤积性黄疸：① 肤色暗黄、黄绿或绿褐色。瘙痒显著，常发生于黄疸出现前。② 血清结合胆红素增高。③ 尿胆红素阳性，粪胆红素减少或缺如，粪便呈浅灰色或陶土色，尿中尿胆原亦减少或缺如。④ 血清总胆固醇、碱性磷酸酶、γ-谷氨酰转肽酶增高。

(3) Dubin-Johnson 综合征：表现为慢性良性间歇性黄疸。患者血清结合胆红素增高，尿胆红素阳性，胆囊造影时，胆囊多数不显影。患者多无自觉症状，或偶有乏力、肝区不适。约半数患者肝轻度肿大，肝组织活检有助于诊断。

【治疗要点】治疗原则：黄疸的治疗依据不同病因而定，去除病因是治疗的首要原则。获得性溶血性贫血常有病因可寻，去除病因后可治愈。

1. 一般治疗　多休息，注意合理营养。

2. 药物治疗　Gilbert 综合征、Crigler-Najjar 综合征和 Dubin-Johnson 综合征一般无需治疗，肝细胞性黄疸治疗参见病毒性肝炎章节，胆汁淤积性黄疸多采取外科手术治疗。

【注意事项】① 黄疸治疗中必须注意病因治疗，进行鉴别诊断后相应治疗。② 密切观察病情变化，定期复查血清胆红素等指标，治疗效果差时应转上级医院治疗。③ 注意与患方加强沟通，使患者配合诊治。

二、 胃食管反流病

胃食管反流病指胃食管反流引起的烧心、反流等症状和(或)食管炎，包括反流性食管炎和非糜烂性反流病，后者又称内镜下阴性反流病。

【诊断要点】① 有典型症状，如烧心、反流，内镜下发现食管炎，排除其他原因食管炎后可确立诊断。无内镜下食管炎，24 小时食管 pH 检查阳性时诊断也可确立。质子泵抑制剂(PPI)试验性治疗：标准剂量 PPI，每日 2 次，共 7 天，治疗有效则可诊断。② 不典型症状如咽喉炎、哮喘、咳嗽、胸痛的患者应结合内镜、24 小时食管 pH、PPI 试验性治疗结果进行综合分析。

【鉴别诊断】① 以胸痛为主要症状的应与冠心病鉴别。② 吞咽困难应考虑是否有食管癌、贲门失弛缓症。③ 内镜下食管炎常见的还有真菌性食管炎、药物性食管炎。④ 不典型症状患者应排除原发性的咽喉及肺部疾病。

【治疗要点】治疗原则：愈合反流性食管炎，快速缓解症状、减少复发、提高生活质量。

1. 一般治疗　抬高床头 15～20 cm 可减少卧位及夜间反流，睡前不宜进食，白天进餐后不宜立即卧床。以下措施可减少反流：戒烟，禁酒，降低腹压，避免系紧身腰带，肥胖者减轻体重，避免进食高脂肪、巧克力、咖啡、刺激性食品等，避免使用抗胆碱能药、三环内抗抑郁药、多巴胺受体激动剂、钙离子拮抗剂、茶碱、肾上腺素受体激动剂等。

2. 药物治疗　适当选用 PPI、制酸剂、胃黏膜保护剂、促动力药等。

(1) 轻症患者用药：

铝碳酸镁(达喜)0.5 g　嚼服　每日 3 次

或　雷尼替丁　150 mg　口服　每日 2 次

(2) 轻、中症患者用药：

奥美拉唑(奥克)　20 mg　口服　每日 2 次

或　兰索拉唑(达克普隆)　30 mg　口服　每日 2 次

多潘立酮(吗丁啉)　10 mg　口服　每日 3 次

(3) 对重症患者或有严重食管狭窄者：行内镜扩张治疗，若扩张治疗仍反复发作的食管狭窄，可考虑抗反流手术治疗

【注意事项】① PPI 常先用治疗量，后改维持量，长期使用应定期复查肝功能。② 本病治疗时间长，症状缓解后仍需定期复查胃镜，按需服药。③ 密切观察病情变化，治疗效果不好或加重，及时行内镜扩张治疗或行外科手术。

三、 急性胃炎

急性胃炎系由不同病因引起的胃黏膜急性炎症。病变严重者可累及黏膜下层与肌层，甚至深达浆膜层。临床上按病因及病理变化的不同，分为急性单纯性胃炎、急性糜烂出血性胃炎、急性腐蚀性胃炎、急性化脓性胃炎，其中临床上以急性单纯性胃炎最为常见，而由于抗生素广泛应用，急性化脓性胃炎已罕见。导致发病的因素很多，有化学或物理的刺激，也有细菌或其毒素引起。化学刺激主要来自烈酒、浓茶、咖啡、香料及药物(如水杨酸盐制剂、消炎痛、保泰松、糖皮质激素等)，其中急性腐蚀性胃炎多是由吞服强酸、强碱及其他腐蚀剂所致。物理刺激如过热、过冷、过于粗糙的食物及 X 线照射，均会损伤胃黏膜，引起炎症性改变。而进食细菌或其毒素污染的食物，是导致急性胃炎最常见的一个病因。

【诊断要点】① 是否有急性应激，服用非甾体抗炎药等药物、酒精、毒物病史。② 临床可表现为上腹痛、饱胀不适、恶心、呕吐和食欲不振等，但多数患者症状不明显。③ 胃镜检查可明确诊断，上消化道 X 线钡餐检查有助于诊断。

【鉴别诊断】① 急性单纯性胃炎：急性起病，内镜下可见胃黏膜充血、水肿、出血、糜烂、浅表溃疡等一过性急性病变，这些病变可同时累及食管和十二指肠黏膜。② 急性糜烂出血性胃炎：可有药物、酒精等服用史，内镜下可见胃黏膜多灶性糜烂、浅表溃疡和出血灶，也可累及十二指肠。③ 急性腐蚀性胃炎：有误服或有意吞服腐蚀剂史，临床少见。④ 急性化脓性胃炎：胃壁细菌感染引起的化脓性病变，临床少见。

【治疗要点】治疗原则：去除病因，保护胃黏膜，合理饮食，对症处理，戒烟酒。

1. 一般治疗　注意休息，严重者应卧床休息，保持情绪稳定，并注意去除病因。

2. 药物治疗　支持治疗，纠正低血容量，注意水和电解质平衡，适当使用抗生素、制酸剂、胃黏膜保护剂、解痉剂等。

(1) 急性单纯性胃炎患者用药：

铝碳酸镁(达喜)　0.5 g　嚼服　每日 3 次

或　雷尼替丁　150 mg　口服　每日 2 次

(2) 急性糜烂出血性胃炎用药：

奥美拉唑(奥克)　20 mg　口服　每日 2 次
或　兰索拉唑(达克普隆) 30 mg　口服　每日 2 次
或　奥美拉唑(洛赛克)　40 mg　静脉注射　每日 2 次

【注意事项】① 如为误用腐蚀剂和某些药物引起者,必须立即停用。② 如为化疗或放疗引起者,立即暂停化疗或放疗。③ 如为应激性溃疡,必须立即抢救,与患方沟通转上级医院治疗。④ 如为细菌引起,可适当选用抗生素。⑤ 症状严重者应禁食。

四、 慢性胃炎

慢性胃炎主要是由幽门螺杆菌(Hp)感染所引起的胃黏膜慢性炎症,多数是胃窦为主的全胃炎,其发病率随年龄增加而升高。

【诊断要点】① 是否有烟酒嗜好史。② 临床表现通常无特异性,有症状者主要表现为反复发作的消化不良、上腹不适、饱胀、钝痛、烧灼痛,疼痛无明显规律,一般进食后加重,常伴不同程度的贫血,可为缺铁性贫血或恶性贫血。临床常分为慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎、慢性浅表萎缩性胃炎、糜烂性胃炎,其中慢性萎缩性胃炎易恶变。有统计发现,每日吸烟 10 支左右者,20%～30%患此病,每日吸烟 20 支以上者,40%患此病,每日饮酒 100～150 ml 者大多患此病。③ 纤维胃镜下的特征性改变,是诊断本病的最佳方法。④ X线钡餐检查可通过气钡双重造影帮助明确诊断。Hp 检测阳性率达 70%～90%。

【鉴别诊断】通过胃镜检查能明确慢性胃炎的诊断,同时对胃癌、消化性溃疡等疾病也可以排除。需要注意的是消化不良症状并不一定由慢性胃炎引起,当按慢性胃炎处理后症状改善不明显时,需要考虑其他疾病如胆囊疾病、胰腺疾病等,可通过 B 超检查、生化检查等排除。

【治疗要点】治疗原则:积极寻找病因,避免加重对胃的刺激,保护胃黏膜,及时治 Hp 感染,戒烟酒。

1. 一般治疗　适当注意休息,注意生活规律,避免咽痰,饭菜宜软,少食多餐。

2. 药物治疗　包括选择制酸剂,促进胃蠕动、促进胃黏膜上皮生长及消除 Hp 的药物。

(1) 存在 Hp 感染的慢性胃炎,可同时应用以下药物,即所谓“三联”治疗:

奥美拉唑(奥克)　20 mg　口服　每日 2 次　连服 2 周
克拉霉素　500 mg　口服　每日 2 次　连服 1 周
阿莫西林　1 g　口服　每日 2 次　连服 1 周
或　枸橼酸铋钾(德诺)　240 mg　口服　每日 2 次

甲硝唑(灭滴灵) 500 mg 口服 每日3次 连服1周

克拉维酸钾(君尔清) 1 g 口服 每日2次 连服1周

警示：如甲硝唑反应较大，可改用克拉霉素0.25 g，每日口服2次，连用1～2周。

(2) 胆汁反流性慢性胃炎，可用：

雷尼替丁 150 mg 口服 每日2次

(3) 慢性胃炎消化不良，可用：

胃苏冲剂 0.15 g 口服 每日3次

吗丁啉 10 mg 口服 每日3次

【注意事项】① Hp阳性者必须彻底治疗。② 本病是一种终生性疾病，必须坚持长期治疗，但对无症状或症状轻微的患者，只需调节生活方式、饮食习惯即可。③ 对出现不典型增生确定为癌前病变者，应定期随访，积极治疗，必要时可考虑手术治疗。

五、 消化性溃疡

消化性溃疡是一种常见的消化性疾病，常分为胃溃疡和十二指肠溃疡，十二指肠溃疡较胃溃疡多见，十二指肠溃疡以男性青壮年居多。本病一般具有慢性过程、发作呈周期性和节律性等特点。

【诊断要点】① 上腹部疼痛是消化性溃疡的主要症状，疼痛部位常位于上腹部中部偏左或右侧，与进食有一定关系，且疼痛的周期性与季节有关，多在秋冬之交发病。② 胃镜检查及上消化道钡餐造影可帮助明确诊断。③ Hp对本病的诊断、治疗方法的选择与复发的判断均有重要意义。

【鉴别诊断】① 胃癌：对于怀疑恶性溃疡者，应作内镜下多处活检，阴性者必须短期内复查并再次活检。对尚未证实胃癌又不能排除者，应加强随访。经药物治疗后，虽溃疡缩小或部分愈合者，也不能完全排除恶性肿瘤。临床上，对胃溃疡应在内科积极治疗下，内镜检查随访，直至溃疡愈合。② 功能性消化不良：患者常表现为上腹疼痛、反酸、嗳气、烧心、上腹饱胀、恶心、呕吐、食欲减退等，部分患者症状可酷似消化性溃疡。内镜检查则显示胃黏膜无明显病变。③ 慢性胆囊炎和胆石症：典型病例表现为疼痛与进食油腻食物有关，位于右上腹，并放射至背部，伴发热、黄疸，不难鉴别。但不典型病例，鉴别需借助腹部B超或内镜下逆行胆管造影检查。④ 胃泌素瘤：大量胃泌素导致胃酸分泌量绝对增高，引起顽固性多发性溃疡、异位溃疡，易并发出血、穿孔。胃液分析、血清胃泌素检测等有助于胃泌素瘤定性诊断，而超声检查、CT、MRI、选择性血管造影术有助于定位诊断。

【治疗要点】治疗原则：制酸、保护胃黏膜、减轻上腹痛，消除幽门螺

杆菌等。

1. 一般治疗　注意休息，生活要有规律，保持情绪乐观，改变不良饮食习惯，戒烟酒，禁服对胃黏膜有损害的药物，如非甾体类抗炎药，糖皮质激素等。

2. 药物治疗

(1) 制酸、保护胃黏膜：

雷尼替丁　150 mg　口服　每日 2 次

或　法莫替丁　20 mg　口服　每日 2 次

枸橼酸铋钾(德诺)　240 mg　口服　每日 2 次

(2) 上腹痛等症状明显者，可用：

奥美拉唑(奥克)　20 mg　口服　每日 2 次

或　兰索拉唑(达克普隆)　30 mg　口服　每日 2 次

或　泮托拉唑　40 mg　口服　每日 2 次

或　埃索美拉唑(耐信)　40 mg　口服　每日 1 次

阿托品　0.3 mg　口服　每日 3 次

或　铝碳酸镁(达喜)　0.5～1.0 g　嚼服　每日 3 次

或　麦滋林-S　0.67 g　口服　每日 3 次

(3) Hp 阳性者用药参照慢性胃炎章节。

【注意事项】① 密切观察病情变化，如有恶变的可能，及时请外科会诊，并做肿瘤标志物的检查。② 要重视 Hp 的检查，如为阳性应及时采取"三联治疗"。③ 药物的选择必须在专科医师的指导下进行，密切观察此用药物的不良反应，并及时与患方沟通。④ 戒烟酒。

六、 肠易激综合征

肠易激综合征(IBS)是指与应激和紧张有关的肠道功能性疾病，过去称为结肠过敏或结肠功能紊乱，临床主要表现排便习惯改变(腹泻或便秘)、粪便性状异常(黏液便、稀便或硬结便)、腹痛、腹胀等，且持续存在或间隙发作，以肠道运动障碍为主。

【诊断要点】① 在过去 12 个月内至少累计有 12 周(不必连续)存在腹部不适或腹痛，并伴有下列特征中至少 2 点：A. 症状在排便后缓解；B. 症状发生伴随排便次数改变；C. 症状发生伴随粪便性状改变。② 以下症状不是诊断必须，但属于常见症状，这些症状越多越支持 IBS 诊断：A. 排便频率异常(每日排便>3 次或每周<3 次)；B. 粪便性状异常(块状/硬便或稀水样便)；C. 粪便排出过程异常(费力、紧迫感、排便不尽感)；D. 黏液便；E. 胃肠胀气或腹部膨胀感。③ 缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常。

【鉴别诊断】腹痛为主者应与引起腹痛的疾病鉴别；腹泻为主者应与引起腹泻的疾病鉴别，其中要注意与常见乳糖不耐受症鉴别；以便秘为主者应与便秘的疾病鉴别，其中功能性便秘及药物不良反应引起的便秘常见，应注意详细询问病史。

【治疗要点】治疗原则：加强心理治疗、对症治疗。

1. 一般治疗　适当休息，解除心理紧张，避免进食不耐受的食物，如粗糙生冷食物。饮食以低纤维食品为主，但便秘者应适当增加高纤维素食品。

2. 药物治疗　因人、因时、因临床表现而异，适当选用。

(1) 本症以腹泻为主要表现者，可用：

　　洛哌丁胺(易蒙停)　2 mg　口服　每日 3 次

或　双八面体蒙脱石(思密达)　1～2 包　口服　每日 3 次

　　金双歧　1.0 g　口服　每日 3 次

(2) 本症以便秘为主要表现者，可用：

　　乳果糖(杜密克)　15～30 ml　口服　每日 2～3 次

或　蓖麻油　30 ml　口服　临时用

或　番泻叶　10 g　临时冲水服

或　麻仁丸　3～6 g　口服　每日 1～3 次

(3) 本症伴肠痉挛疼痛者，可用：

　　匹维溴铵(得舒特)　50 mg　口服　每日 3 次　(餐前服用)

(4) 本症的各科临床症状表现较多者，可用：

　　奥曲肽(善宁)　50 μg　皮下注射　每 8～12 小时 1 次

【注意事项】① 加强健康教育，加强心理治疗，建立新型的医患关系，共同战胜疾病。② 应在专科医师指导下治疗，切忌盲目使用导泻药、止泻药、解痉药，腹痛者可用阿托品等，应用糖皮质激素及胃肠肽制剂必须由专科医师下达医嘱。

七、 功能性便秘

便秘是指排便困难或费力、排便不畅、便次减少、粪便干结且量少。正常人一般每周排便不少于 3 次，平均粪便量 35～200 g，粪便含水量在 60%～80%。便秘患者可表现为每周排便少于 3 次，有的虽然每日排便多次，但排便相当费力，每次排便所费时间相当长，排出粪便干结且数量少，排便后仍有粪便未排尽感。引起便秘的病因很多，如能排除引起便秘的器质性疾病，则这类便秘称为功能性便秘。本病女性多于男性，随年龄增加而患病增加。

【诊断要点】在过去 12 个月内，至少有 12 周(不必连续)发生≥以下 2 项情况：① 1/4 以上的排便有紧迫感。② 1/4 以上的排便有干结或坚

硬。③ 1/4 以上排便时有排便不尽感。④ 1/4 以上排便时有肛门直肠的梗阻或阻塞感。⑤ 1/4 以上排便者要额外帮助(如手指抠挖、盆底按摩)。⑥ 每周排便<3 次,没有排稀溏便现象,且不足以诊断肠易激综合征。

【鉴别诊断】功能性便秘的鉴别诊断关键在于区分继发性便秘。器质性疾病引起的便秘是继发性便秘,其原因有代谢性、神经性、肌肉性、药物性、机械性以及其他可能的因素,需一一鉴别。

【治疗要点】治疗原则:注意调整饮食结构,改变生活习惯,必要时药物治疗。

1. 一般治疗　增加膳食纤维和多饮水,养成定时排便习惯,进行体能锻炼,避免滥用泻药。

2. 药物治疗

欧车前亲水胶　6 g　口服　每日 1～3 次

或　葡甘聚糖　2 粒　口服　每日 1～3 次(温水 150 ml 送服)

或　乳果糖　15～30 ml　口服　每日 1 次

或　番泻叶　5 g　冲服　必要时

或　比沙可啶　5～10 mg　口服　必要时

或　开塞露　1～2 支　塞肛　必要时

【注意事项】① 长期便秘宜选用作用温和、不良反应少、适宜长期使用的缓泻药,如欧车前制剂、甲基纤维素、葡甘聚糖或乳果糖。② 在应用缓泻药基础上,鼓励患者建立定时排便习惯,经过一至数月有可能逐渐停用泻药。③ 刺激性泻药如酚酞、比沙可啶、蒽醌衍生物大黄或番泻叶等,适合短期、间歇使用,长期滥用,会导致药物依赖且用量越来越大,反而增加便秘的顽固性。蒽醌衍生物长期应用可引起可逆性结肠黑变病。④ 孕妇慎用泻药。⑤ 对有粪便嵌塞或严重排出道阻滞性便秘,需采用清洁灌肠;对部分有直肠肛门、盆底肌功能紊乱的便秘患者,可采用生物反馈疗法;对严重顽固性便秘,上述治疗无效者,确认为属于慢通过便秘而肛直肠和盆底功能正常、小肠动力正常的患者,可考虑结肠次全切除术。

八、肝硬化

肝硬化是指由不同病因引起的慢性、进行性、弥漫性肝病。早期可无症状,晚期出现肝功能衰竭、门静脉高压症和多种并发症,死亡率高。

【诊断要点】① 病史:以助了解肝硬化病因。应详细询问肝炎史、饮酒史、药物史、输血史、社交史及家族遗传性疾病史。② 症状体征:肝功能代偿期,缺乏特征性症状,但失代偿期有饮食减退、乏力、腹泻、出血、肝脾大、蜘蛛痣、肝掌、腹壁静脉曲张、腹水、出血倾向、贫血等。③ 肝功能试验:血清白蛋白降低,球蛋白增高,白球比倒置,胆红素增高等改变。凝血酶原

延长提示肝功能失代偿期。④ 影像学检查：B超、CT有助于本病诊断。

【鉴别诊断】① 与表现为肝大的疾病鉴别：主要有慢性肝炎、原发性肝癌、血吸虫病、华支睾吸虫病、肝包虫病，某些累及肝的代谢性疾病和血液病等。② 与引起腹水和腹部胀大的疾病鉴别：如结核性腹膜炎、缩窄性心包炎、慢性肾小球肾炎、腹腔内肿瘤和巨大卵巢囊肿等。③ 与肝硬化并发症的鉴别：A. 上消化道出血：应与消化性溃疡、糜烂出血性胃炎、胃癌等鉴别；B. 肝性脑病：应与低血糖、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒等鉴别；C. 肝肾综合征：应与慢性肾小球肾炎、急性肾小管坏死等鉴别。

【治疗要点】治疗原则：应该综合性治疗。首先针对病因进行治疗，如酒精性肝硬化患者必须戒酒，乙型肝炎病毒复制活跃伴肝纤维化患者可行抗病毒治疗，忌用对肝脏有损害的药物；晚期主要针对并发症治疗。

1. 一般治疗　代偿期患者可参加轻工作，失代偿期尤其出现并发症患者应卧床休息；应给予高维生素、易消化的食物，严禁饮酒；可食瘦肉、河鱼、豆制品、牛奶、豆浆、蔬菜和水果；盐和水的摄入应根据患者水及电解质情况进行调整，食管静脉曲张者应禁食坚硬粗糙食物。

2. 药物治疗

(1) 肝硬化腹水者，可用：

螺内酯(安体舒通)　20 mg　口服　每日3次

呋塞米(速尿)　20 mg　口服　每日2次

人体白蛋白　10 g　静脉滴注　按需输注

(2) 胃底食管静脉破裂出血者，可用：

垂体后叶素　0.4 U/min　+10%葡萄糖注射液100 ml静脉滴注　立即

【注意事项】① 活动性肝硬化较非活动性肝硬化的预后差；肝硬化反复出现腹水预后较差；反复出现呕血、黄疸、肝性脑病、肝肾综合征、肝肺综合征的预后较差；肝硬化并发肝癌预后极差。② 定期复查肝功能、白蛋白、球蛋白、B超。③ 肝硬化腹水者，利尿剂用量根据腹水量增减。一般螺内酯开始时60～100 mg/d，根据利尿反应(称体重、计尿量)每4～5日增加60～100 mg，直到最大剂量400 mg/d。呋塞米起始量20～40 mg/d，可增加到160 mg/d。注意水电解质平衡、肾功能状况。如出现肝性脑病、低钠血症(血钠<120 mmol/L)、肌酐>120 mmol/L，应停用利尿剂。④ 出现难治性腹水、胃底食管静脉破裂出血治疗不理想、自发性细菌性腹膜炎、肝肾综合征、肝肺综合征等，应立即转上级医院治疗。⑤ 加强与患者沟通，及时与其家属交代病情及预后。

九、溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎是一种病因尚不十分清楚的直肠和结肠慢性非特异性

炎症性疾病。病变主要限于大肠黏膜与黏膜下层。临床表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛。临床类型分为初发型、慢性复发型、慢性持续型和急性暴发型。根据病情严重程度分为轻型、中型和重型。

【诊断要点】① 具有持续或反复发作腹泻和黏液脓血便史，可有腹痛，里急后重。② X线钡剂灌肠可见黏膜粗乱和(或)颗粒样改变，多发性浅溃疡征象，结肠袋消失，肠壁变硬、变细，可呈铅管状。③ 结肠镜检查发现病变呈连续性、弥漫性分布，从肛端直肠开始逆行向上扩展，内镜下可见：A. 黏膜粗糙呈细颗粒状，弥漫性充血、水肿，血管纹理模糊，质脆、出血，可附有脓性分泌物；B. 病变明显处见弥漫性糜烂或多发性浅溃疡；C. 慢性病变见假息肉及桥状黏膜，结肠袋往往变钝或消失。结肠镜下黏膜活检组织学见弥漫性炎症细胞浸润，活动期表现为表面糜烂、溃疡、隐窝炎、隐窝脓肿；慢性期表现为隐窝结构紊乱、杯状细胞减少。

【鉴别诊断】

1. 慢性细菌性痢疾：常有急性细菌性痢疾史，从粪便、直肠拭子或内镜检查时所取得的渗出物进行培养，可分离出痢疾杆菌。

2. 慢性阿米巴肠炎：病变以近端结肠为主，溃疡的边缘为潜行性，介于溃疡之间的结肠黏膜正常，粪便中可找到溶组织阿米巴包囊或滋养体，用抗阿米巴药物治疗有效。

3. 血吸虫病：有疫水接触史，常有肝脾大，粪便检查可发现血吸虫卵，孵化毛蚴阳性，直肠镜检查在急性期可见黏膜黄褐色颗粒，活检黏膜压片或组织病理检查发现血吸虫卵。

4. 结肠癌：X线检查显示病变部位有黏膜破坏，肠壁僵硬，充盈缺损，肠腔狭窄等肿瘤征象，直肠指诊可能触及肿块，内镜检查和活组织检查可予鉴别。

5. 克罗恩病：克罗恩病的腹泻一般无肉眼血便，结肠镜及X线检查病变主要在回肠末端和邻近结肠且呈非连续性、非弥漫性分布并由其特征性改变。参见克罗恩病章节。

6. 肠易激综合征：粪便有黏液但无脓血，显微镜检查正常，结肠镜检查无器质性病变证据。

7. 其他：其他感染性肠炎(如肠结核、沙门菌结肠炎、耶尔森杆菌肠炎、空肠弯曲菌肠炎、抗菌药物相关性肠炎、真菌性肠炎等)、缺血性结肠炎、放射性肠炎、胶原性结肠炎、白塞病、结肠息肉病、结肠憩室炎等应和本病鉴别。

【治疗要点】治疗原则：控制病情活动，维持缓解及防治并发症。

1. 一般治疗　强调休息、饮食和营养。活动期患者应充分休息，以减少精神和体力负担，并予流质饮食，待病情好转后改为富营养少渣饮

食。部分患者发病可能与牛乳过敏或不耐受有关，应注意询问病史并限制乳制品摄入。重症或暴发型患者应住院治疗，及时纠正水、电解质平衡紊乱，贫血者可输血，低蛋白血症输注人血清白蛋白。病情严重应禁食，并予完全胃肠外营养治疗。患者的情绪对病情会有影响，可予心理治疗。重症继发感染者，可予抗炎治疗。

2. 药物治疗

(1) 轻、中症患者或重型经糖皮质激素治疗已有缓解者，可用：

柳氮磺吡啶(SASP)　0.5～1 g　口服　每日 4 次

(2) 轻、中症患者活动期，可用：

泼尼松　40 mg　口服　每日 1 次

(3) 重症患者活动期，可用：

氢化可的松　300 mg | 静脉滴注　每日 1 次
生理盐水　100 ml | 连用 7～14 日

或　地塞米松　10 mg |
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每日 1 次　(连用 7～14 日)

或　甲泼尼龙　40 mg |
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每日 1 次　连用 7～14 日

继之　泼尼松　25～30 mg　口服　每日 2 次　(病情缓解后逐渐减量)

(4) 病变限于直肠、乙状结肠者，可用：

琥珀酸氢化可的松　100 mg | 保留灌肠　每日 1 次　(病情好转后
生理盐水　100 ml | 改为每周 2～3 次，疗程 1～3 个月)

或　地塞米松　4～5 mg | 保留灌肠　每日 1 次　(病情好转后改为
生理盐水　100 ml | 每周 2～3 次，疗程 1～3 个月)

或　布地奈德　2 mg | 保留灌肠　每日 1 次
生理盐水　100 ml | (病情好转后改为每周 2～3 次，疗程 1～3 个月)

警示：灌肠前应排空大便，灌肠后应卧床休息。

【注意事项】① 活动期患者处理应积极，给药途径应根据病情而定，但必须正规治疗。② SASP 为本病治疗的重要用药，正确使用和不良反应的观察至关重要。③ 当磺胺类药物及糖皮质激素治疗效果欠佳时，可试用免疫抑制剂，如硫唑嘌呤或巯嘌呤，但必须在专科医师指导下应用。

十、克罗恩病

克罗恩病是一种病因尚不明确的胃肠道慢性肉芽肿性疾病。病变多见于末段回肠和邻近结肠，但从口腔至肛门各段消化道均可受累，呈节段性或跳跃性分布。临床上以腹痛、腹泻、腹块、瘘管形成和肠梗阻为特点，

可伴有发热、营养障碍等全身表现以及关节、皮肤、眼、口腔黏膜、肝等肠外损害。本病有终生复发倾向，重症患者迁延不愈，预后不良。

【诊断要点】① 中青年患者有右下腹或脐周慢性反复发作与腹泻、腹块、发热等表现。也可有营养障碍、杵状指(趾)、关节炎、结节性红斑、口腔黏膜溃疡、虹膜睫状体炎、葡萄膜炎、慢性活动性肝炎等表现。② X线表现为肠道炎性病变，可见黏膜皱襞粗乱、纵行性溃疡或裂沟、鹅卵石征、假息肉、多发性狭窄、瘘管形成等征象，病变呈节段性分布，可有跳跃征或线样征。③ 结肠镜检查作全结肠及回肠末段检查，病变呈节段性(非连续性)分布，见纵行溃疡，溃疡周围黏膜正常或增生呈鹅卵石样，病变之间黏膜外观正常(非弥漫性)，可见肠腔狭窄，炎性息肉。病变多部位深凿活检有时可在黏膜固有层发现非干酪性肉芽肿或大量淋巴细胞聚集。

【鉴别诊断】① 肠结核：病变主要累积肠道回盲部、邻近的结肠，不呈节段性分布，同时瘘管和肛周病变较少。伴有其他器官结核，结核菌素试验阳性，血中 ADA 增高，抗结核治疗有效。有手术适应证者手术探查时，病变组织中发现干酪样性肉芽肿可获确诊。② 溃疡性结肠炎：见溃疡性结肠炎章节。③ 其他感染性疾病：细菌性、寄生虫源性肠炎可导致腹痛、腹泻、黏液血便等症状，如细菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病等，可详细询问病史，以及粪培养以鉴别诊断。急性阑尾炎腹泻少见，常有转移性右下腹痛，亦需排除。④ 肿瘤：结肠癌、小肠淋巴瘤、肉瘤等在内镜下进行组织检查诊断。⑤ 其他：包括免疫球蛋白缺乏症、肠型白塞病、Meckel 憩室等均需鉴别排除。

【治疗要点】治疗原则：控制病情活动，维持缓解及防治并发症。

1. 一般治疗　必须戒烟，强调饮食调理和营养补充，一般给予高营养低渣饮食，适当给予叶酸、维生素 B_{12} 等多种维生素及微量元素。要素饮食(完全胃肠内营养)或完全胃肠外营养在补给营养同时，还有助减轻病变活动性。腹痛、腹泻必要时可酌情使用抗胆碱能药物或止泻药，合并感染者静脉途径予广谱抗生素。

2. 药物治疗

(1) 病变局限于结肠者，可用：

柳氮磺吡啶(SASP)　0.5～1 g　口服　每日 4 次

(2) 中、重度患者或对氨基水杨酸制剂无效的轻型患者，可用：

泼尼松　40 mg　口服　每日 1 次　(病情缓解后逐渐减量)

【注意事项】① 在疾病的活动期要严密观察，根据病情及时修改治疗方案。大多数初发患者对内科治疗有良好反应，但有部分患者最终仍需进行手术治疗。② 克罗恩病与溃疡性结肠炎处理上的差异：虽然两

者在药物治疗方案上较为接近，但是克罗恩病的疗效一般不如溃疡性结肠炎好，个体差异甚大，手术治疗亦不具有根治效果，对此应有充分认识，必须强调治疗的个体化。③ 有些持续性活动性病变的患者需长期使用大量的糖皮质激素，虽然可使食欲增加、体温下降、精神改善，但也有不良反应，如引起肠道出血、肠穿孔、肠坏死及精神症状等，因此必须在治疗前有所警惕，严格掌握糖皮质激素治疗的适应证和用药原则、方法。

（吉宁飞）

第四节 泌尿系统疾病

一、血尿

血尿是指由于多种原因引起的肉眼血尿和显微镜下血尿。常表现为无痛性血尿、血尿伴肾绞痛、血尿伴膀胱刺激症状、血尿伴腹部肿块、特发性血尿、运动性血尿等。常见的病因为感染、结石、肿瘤、前列腺增生、损伤、结核/药物反应、血液病等。血尿的来源为尿道溢血、初血尿、终末血尿和全程血尿等。

【诊断要点】① 有感染、结核、结石、出血、肿瘤等病史。② 有上述相关疾病的伴随症状及实验室改变。③ B超检查肾、输尿管、膀胱、前列腺有助于诊断。

【鉴别诊断】见表 2－4－1。

表 2－4－1 四种常见血尿的鉴别诊断

	炎性血尿	结核性血尿	结石性血尿	肿瘤性血尿
病史	感染史	结核病史	绞痛病史	肿瘤病史
年龄	青少年、中年	中青年	青、中、老年	中老年
主要伴随症状	发热、畏寒	盗汗、消瘦	泌尿系统绞痛	消瘦
实验室检查	血象升高、血尿、蛋白尿、脓尿	血沉快、血尿	血尿	肿瘤标志物阳性
特种检查	尿培养(＋)	OTT(＋)	B超检查可发现结石	CT检查可发现肿物
治疗效果	抗感染有效	抗结核有效	排石、碎石有效，无效时手术	手术有效

【治疗要点】治疗原则：查明病因、针对病因治疗。

1. 一般治疗　注意休息，肉眼血尿应卧床休息，并根据临床表现进行针对性治疗，防止并发症。

2. 药物治疗

(1) 不明原因的镜下血尿，可用：

维生素 C　0.2 g　口服　每日 3 次

或　维生素 K_1　10 mg　口服　每日 1 次

(2) 不明原因的肉眼血尿，可用：

酚磺乙胺(止血敏)　5 g
维生素 C　3 g
5% 葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日 1 次

【注意事项】① 血尿病因复杂，治疗差异甚大，必须先查明病因，针对病因治疗。② 恶性肿瘤引起的血尿预后差，外伤性血尿、药物反应性血尿治疗效果好，血液病引起的血尿预后与血液病本身无关。③ 不明原因的难治性血尿应及时与患方沟通，转上级医院进一步诊治。④ 肿瘤性血尿易引起医疗纠纷，主要表现在：A. 未及时明确诊断；B. 保守治疗时间过长，又未能及时沟通；C. 手术治疗未能交代清楚病情；D. 病人对手术治疗的期望值过高。

二、水肿

水肿又名浮肿。水肿是指由于过多的液体聚集在细胞间隙引起组织肿胀。多数情况下是某些重要器官病理损害或功能改变的结果。水肿分为全身性水肿和局限性水肿两大类。全身性水肿主要有心脏性水肿、肾脏性水肿、肝脏性水肿、营养不良性水肿、黏液性水肿、内分泌性水肿、特发性水肿、药源性水肿、老年性水肿、血管神经性水肿等；局限性水肿主要有淋巴梗阻性水肿、静脉回流受阻性水肿。

【诊断要点】① 询问心、肝、肾脏疾病史、营养情况、内分泌情况。② 分析伴随症状。③ 检测肝、肾功能，必要时检查内分泌相关功能。④ 密切观察病情变化，必要时检测肿瘤标志物。

【鉴别诊断】四种常见水肿的鉴别诊断，见下表 2-4-2。

表 2-4-2　四种常见水肿的鉴别诊断

	心脏性水肿	肾脏性水肿	肝脏性水肿	营养不良性水肿
病史	心力衰竭	肾衰、肾病综合征	慢性肝炎、肝硬化	长期营养缺乏
水肿起始部位	下肢，下午明显	疏松部，晨起明显	腹水、伴下肢水肿，下午明显	疏松部，晨起明显

（续表）

	心脏性水肿	肾脏性水肿	肝脏性水肿	营养不良性水肿
体位	端坐呼吸	能平卧	腹水明显时不能平卧	能平卧
肝肿大	常见、质软，易消退	不肿大	常见、质硬，不易消退	罕见
特有病征	风心及心功能差	病初水肿隐匿	肝功能损害	代谢降低
不全表现	常伴肾脏病征	门脉高压症状	精神萎靡	
血浆蛋白	在 40 g/L 以上	无变化或亦可在 40 g/L 以下，微球蛋白↑	在 40 g/L 以下 A/G 倒置，白蛋白可在 30 g/L 以下，血球蛋白↑	在40 g/L以下，白蛋白可在 20 g/L以下
尿常规	比重高，可见少量红细胞蛋白	比重低而固定，可见大量红细胞蛋白、管型	一般无变化	比重低
水肿治疗效果	早期易消肿，顽固性心力衰竭难消肿	较难奏效	随肝功能改善而改善	补充营养有效

【治疗要点】治疗原则：查明病因，针对病因治疗，对病因一时未能查明者，一方面继续分析可能原因，一方面做针对治疗。

1．一般治疗　根据水肿程度，决定休息与活动，合理安排饮食，加强基础护理，避免皮肤与黏膜的损伤，并做好卫生清洁工作，避免交叉感染。

对饮食中钠盐的控制：① 严格低盐饮食，即近无盐饮食，适用于严重水肿，特别伴腹水或胸腔积液者，每日钠盐量控制在 2.5 g 以内。② 中等减盐饮食，适用与中度水肿，每日钠盐量控制在 2.5～5 g 之间。③ 缓和减盐饮食，适用于轻度水肿，每日钠盐量控制在正常人饮食中钠盐量的 1/3～1/2，大致相当于正常人的普通饮食。

对水分的控制主要根据病因而定，不过静脉补液宜慎重。饮食宜清淡，营养根据病情而定，但不能食咸菜、咸蛋、咸鱼、咸肉等腌制品。

2．病因治疗　主要治疗原发病，参见各有关章节。

3．并发症治疗　肺水肿、脑水肿胸水、腹水等为水肿的严重并发症，随时可能威胁生命，参见各有关章节。

4．利尿药的选用

氢氯噻嗪　25 mg　口服　每日 2 次

或　螺内酯　20 mg　口服　每日 2～3 次
或　氨苯蝶啶　25～50 mg　口服　每日 1～2 次
或　呋塞米　20～40 mg　口服　每日 1～2 次

【注意事项】① 水肿病因复杂，必须查明后根据病因进行治疗。② 利尿剂的应用必须注意水和电解质的平衡，因而使用速尿必须严密观察病情变化，定期复查血钾，适当补钾。为保持电解质平衡，可联合使用排钾与保钾性利尿剂。③ 营养不良性水肿必须注意与恶液质区别，如营养不良性水肿加强营养后改善不大，必须进行肿瘤标志物的检查。

三、 尿路感染

尿路感染是指尿道、膀胱、输尿管及肾脏受到致病微生物的感染的总称，致病微生物主要有大肠杆菌、副大肠杆菌、变形杆菌、葡萄球菌、病毒、铜绿假单胞菌、真菌等，常分为上尿路感染、下尿路感染，由于定位较为困难，故对初诊者常统称为尿路感染。一旦能明确定位，则可诊断为急性肾盂肾炎、尿道炎、膀胱炎。

【诊断要点】① 有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状，常伴有发热、寒战、浑身不适。② 有真性细菌尿，清洁中段尿培养，上述某细菌定量 $\geqslant 1\times10^5$/ml。③ 尿检白细胞增多，镜下血尿。④ 尿道综合征，即无菌性尿频、排尿不适综合征，主要表现为无菌性尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状。无症状性细菌尿除妊娠妇女应作慎重治疗外，一般不提倡治疗。本病鉴别诊断不难，但定位诊断较难。

【治疗要点】治疗原则：控制感染、选用敏感抗生素，防止复发。

1. 一般治疗　症状严重者应予以休息，特别伴发热者应予卧床休息；有尿路结石、前列腺增生、尿路畸形者应注意尿路卫生，一旦有感染征象必须立即到医院诊治；对留置导尿者一方面要加强无菌操作，一方面要及时采取预防措施。由于尿细菌培养是诊断的主要依据，为提高检查的阳性率，最好在使用抗生素之前或停药 5 天后检查，标本最好收集清晨第一次中段尿，如能清结外阴则更好。

2. 饮食调养　应给予易消化富有维生素的饮食，多饮白开水以增加尿量，多食水果如西瓜、梨、鲜藕、枇杷等，多食新鲜蔬菜，如青菜、马兰头、鹅肠菜、菊花脑、荠菜、冬瓜等。

3. 药物治疗

(1) 急性尿路感染者，可用：

复方磺胺甲噁唑　3 g　顿服
或　阿莫西林　0.5 g　口服　每日 4 次　连服 3 日
阿莫西林克拉维酸　1～2 片　口服　每日 3 次

或　氧氟沙星　0.2 g　每日 2 次　连服 3 日

(2) 严重的尿路感染(伴寒战、高热),可用:

头孢曲松　2 g　　(皮试阴性)
生理盐水　250 ml　静脉滴注　每日 1～2 次

(3) 上尿路感染者,可用:

复方磺胺甲噁唑　1.0 g　口服　每日 3 次
阿莫西林　0.5 g　口服　每日 4 次
氧氟沙星　0.2 g　口服　每日 2 次
上述三种药连服 14 日为 1 疗程。

(4) 绿脓杆菌尿路感染者,可用:

氨曲南　2 g
10%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每日 3 次

【注意事项】① 治疗后症状消失,细菌尿阴性,尿液中白细胞正常,可视为临床治愈。② 再发性尿路感染应给予短程抗菌药物,最好根据药敏选用抗生素。③ 妊娠期尿路感染,禁用四环素、氯霉素及氨基糖苷类抗生素,产前 3 个月不用复方新诺明。可选用阿莫西林、呋喃妥因及头孢类抗生素。④ 尿路感染易复发,可作预防性治疗,每晚临睡前排尿,再服复方磺胺甲噁唑 1 片,呋喃妥因 50 mg,或氧氟沙星 0.1～0.2 g,连服 6 个月至 1 年。本病预后一般较好,90%可以治愈,10%可转为持续性菌尿或反复再发,极少数可发展为肾功能衰竭。淋菌性尿道炎参见性病处理。⑤ 我们在医疗事故鉴定中就曾遇到过医生用药不规范,症状一缓解就停药,一发作就又用抗生素,致使多种抗生素不敏感,终于发展为慢性肾盂肾炎,最终定为四级医疗事故,承担次要责任。

四、慢性肾盂肾炎

慢性肾盂肾炎是指急性肾盂肾炎反复发作,迁延不愈历时半年以上者。常分三个类型:① 伴有反流的慢性肾盂肾炎。② 伴有梗阻的慢性肾盂肾炎。③ 罕见的特发性慢性肾盂肾炎。

【诊断要点】① 有急性肾盂肾炎病史半年以上,女性为多。② 有间歇性无症状性细菌尿和间歇性尿急、尿频、低热等症状。③ 尿沉渣内白细胞显著增加,可出现白细胞管型,红细胞也可增加。脓尿是诊断的敏感指标。④ 有下列改变之一:A. 静脉肾盂造影可见肾盂肾盏变形、缩窄;B. 肾外形凹凸不平,两肾大小不等;C. 肾小管功能有持续性损害。本病鉴别诊断不难,但确定何种类型需要仔细检查。

【治疗要点】治疗原则:根据药敏选择抗生素进行联合治疗。

1. 一般治疗　① 生活保健、勤排尿、不憋尿,注意外阴卫生、性生活

卫生、经期卫生，平时养成锻炼身体的习惯，增加营养，提高免疫力，慢性肾盂肾炎急性发作时适当休息，不发作时可从事一般工作与正常生活。② 饮食调养：多喝水，每日应喝水 1 500～2 000 ml，多吃新鲜水果、蔬菜，减少进食刺激性食品。

2. 药物治疗　长期低剂量抗菌治疗，注意联合用药。

(1) 慢性肾盂肾炎急性发作者，可用：

复方磺胺甲噁唑　1 g　口服　每日 2 次　连服 4 周

尿感灵　10 g　冲服　每日 2 次　连服 4 周

(2) 慢性肾盂肾炎低热、症状较重者，可用：

环丙沙星　0.25 g　口服　每日 2 次　连服 2～4 周

阿莫西林　0.5 g　口服　每日 3 次　连服 2～4 周

(3) 慢性肾盂肾炎重症患者，可用：

氨曲南	2.0 g	静脉滴注　每日 2 次　连续 7～10 日
5%葡萄糖注射液	250 ml	

环丙沙星　0.25 g　口服　每日 2 次。

【注意事项】① 须找出慢性肾盂肾炎的病因，只有先去除易患因素，然后再彻底进行有效的治疗，才可避免复发。如有泌尿道结石，必先排石，解除梗阻，才能取得满意的疗效。② 掌握导尿的无菌性操作，以减少医源性因素。③ 对于反复发作的慢性肾盂肾炎可用下列药物之一做预防性治疗，复方磺胺甲噁唑 0.5～1 片或氧氟沙星 0.1～0.2 g，均为每日 1 次口服，连用 6 个月。如停药后仍频繁发作，可再用 2 年或更长时间，更重要的是研究复发的原因，去除其原因，有时可起到意外的疗效。④ 治疗必须规范，疗程要足，抗生素用量要足，避免频繁使用抗生素，以防出现耐药菌株。

五、 急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎（急性肾炎）是指一组不同原因通过免疫机制引起的肾小球急性炎症病变。

【诊断要点】① 常见于链球菌感染后。② 临床主要表现为少尿、血尿、蛋白尿、水肿和高血压。③ 有典型的化验改变，肉眼血尿或镜下血尿，轻到中度蛋白尿及红细胞管型、颗粒管型，一般尿比重正常或增高，血清补体水平下降。如治疗不及时，可发生心力衰竭、脑病、急性肾衰竭等严重并发症。肾活检可帮助明确诊断与鉴别诊断，特别能排除膜增生性肾小球肾炎、系统性红斑狼疮性肾炎、过敏性紫癜性肾炎、急进性肾小球肾炎等。

【治疗要点】治疗原则：对症治疗，保护肾功能，防止并发症。

1. 一般治疗　症状严重者必须很好休息，发热、高血压、肾功能损害者

必须卧床休息，可做瑜伽功，避免受凉，避免感冒，感冒后及时治疗。饮食以低蛋白、高糖、膳食纤维、易消化、无刺激性食品为主。急性期低盐饮食。

2. 药物治疗　主要为对症治疗。

(1) 急性肾炎、水肿者，可用：

氢氯噻嗪　25 mg　口服　每日 2～3 次

(2) 急性肾炎高血压、水肿者，可用：

硝苯地平　10 mg　口服　每日 1～2 次

氢氯噻嗪　25 mg　口服　每日 2～3 次

(3) 急性肾炎蛋白质、血尿、水肿者，可用：

黄葵胶囊　1.5～2 mg　每日服 3 次

(4) 急性肾炎、存在感染灶者，可用：

青霉素　80 万 U(皮试阴性)　肌内注射　每日 2 次　连续 7～10 日

【注意事项】① 避免吃猪腰，猪腰非但对本病无治疗作用，还可能引起尿路结石。② 绝大多数急性肾炎患者 1～4 周内消肿，症状好转，但血清 C_3需 4～8 周才能恢复，微量尿蛋白镜下血尿可迁延至半年或 1 年才消失。③ 避免使用氨基糖苷类、磺胺类、多黏菌素类血管紧张素转换酶等药物。④ 本病如治疗及时，预后一般良好，如并发心力衰竭、肾性脑病、急性肾衰竭，则预后较差。合并急性肾衰竭可考虑血透治疗。⑤ 肾活检指征：A. 急性期出现大量尿蛋白；B. 少量持续 1 周以上或进行性尿量减少，血肌酐持续性增高；C. 持续性低补体血症超过 1 个月。

六、 慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎(慢性肾炎)是指由于多种原因、多种病理类型组成的原发于肾小球的一组疾病。

【诊断要点】① 临床表现为病程长、蛋白尿、镜下血尿、水肿、高血压及不同程度的肾功能减损，最终将可能发展为慢性肾衰竭，因而是一种严重的常见病。② 尿液化验异常，尿蛋白常在(1～3)g/24 h，尿沉渣可发现红细胞及管型。③ 排除继发性肾小球肾炎。

【鉴别诊断】见下表 2-4-3。

表 2-4-3　慢性肾盂肾炎与慢性肾小球肾炎、肾病综合征的鉴别诊断

	慢性肾盂肾炎	慢性肾小球肾炎	肾病综合征
病史	常有急性肾盂肾炎病史	常有急性肾小球肾炎病史	在细菌感染、病毒感染、严重疾病后
高血压	血压无明显变化	高血压	高血压

（续表）

	慢性肾盂肾炎	慢性肾小球肾炎	肾病综合征
水肿	不明显	明显	非常明显
尿常规	脓尿	蛋白尿	大量蛋白尿
尿培养	致病菌	无致病菌	无致病菌
血生化	肌酐偶有增高	肌酐明显增高	肌酐明显增高
肾衰竭	发生率低	发生率高	发生率高
治疗效果	较好	相对较差	较差

【治疗要点】治疗原则：采取综合治疗措施，以改善临床症状，并防止并发症。

1. 一般治疗　注意休息，避免劳累，避免妊娠和感冒，限制饮食中蛋白、磷摄入量＜600 mg/d，给予低盐饮食，多补充优质蛋白质。

2. 药物治疗　适当使用血小板集聚药，如双嘧达莫；避免感冒、妊娠及使用肾毒性药物；一般不主张用糖皮质激素和细胞毒药物，其他尚可做对症治疗、中医药治疗。

(1) 利尿消肿，可用：

氢氯噻嗪　25～50 mg　口服　每日 2 次

(2) 慢性肾炎普通型，可用：

黄葵胶囊　2 g　口服，每日 2～3 次

(3) 慢性肾炎高血压，可用：

卡托普利(开普通)　12.5 mg　口服　每日 2 次

或　硝苯地平　10 mg　口服　每日 2～3 次

(4) 慢性肾炎肝肾阴虚型，可用：

六味地黄丸　4～8 粒　口服　每日 2～3 次

(5) 慢性肾炎增强免疫功能用：

雷公藤多苷　10～20 mg　口服　每日 2～3 次

【注意事项】① 膜性增生型肾炎易发展为严重肾衰竭，应注意与家属沟通。② 慢性肾炎中医治疗有一定疗效，可进行中西医结合治疗。③ 治疗期间密切观察病情变化，防治并发症。④ 本病血压控制标准为：若尿蛋白≥1 g/d，血压应在 125/75 mmHg 以下，若尿蛋白＜1 g/d，血压可放宽到 130/80 mmHg 以下。⑤ 一般不主张用糖皮质激素或细胞毒类药物消除尿蛋白。⑥ 降压药物常选用血管紧张素转换酶抑制剂和血管紧张素阻滞剂；但若血肌酐在 256～354 μmol/L，宜慎用。⑦ 本病引发医疗纠纷较多，纠纷主要表现在：A. 医生对病情估计不足，说话过头；B. 使用了

肾毒性药物;C. 使用了大剂量糖皮质激素;D. 肾功能变化,患方无心理准备;患方对治疗的期望值过高,医患沟通不够。

七、 肾病综合征

肾病综合征是指有多种病因、病理、临床疾病所引起的一组症状群,原发性肾病综合征病因不明,继发性的主要由细菌感染、病毒感染、寄生虫感染及一些严重疾病所引起,临床主要表现为:对称性、可凹性重度水肿、尿少、大量尿蛋白、高脂血症及低蛋白血症,易并发胸水、腹水、血栓形成。

【诊断要点】① 常有细菌感染、病毒感染、寄生虫感染病史,或发生于严重疾病后。② 尿蛋白>3.5 g/d,血浆白蛋白<30 g/L,血脂升高。③ 重度水肿,大量蛋白尿、高脂血症、低蛋白血症。④ 判定有无并发症。

【鉴别诊断】 注意与慢性肾小球肾炎鉴别,见表 2-4-3。

【治疗要点】治疗原则:减少蛋白尿,控制症状,防止并发症。

1. 一般治疗 应卧床休息,但应保持床边适度活动,缓解期要及时增加活动量。给予易消化、清淡、半流质饮食,蛋白质摄入量要控制得当,既不能过量,也不要限制过严,应根据全身状况、每日尿蛋白排泄量、血浆蛋白水平及肾功能而定。宜每日给优质蛋白 1.0 g/kg、热能在每日 126～147 kcal/kg ;水肿者每日限盐量在 2～3 g;多吃富含多聚不饱和脂肪酸和可溶性纤维的食物,如五谷杂粮、素油、鲜奶等。

2. 药物治疗 可根据肾活检的病理类型选择用药,谨慎地选用糖皮质激素、细胞毒药物、环孢素 A 及免疫增强剂、血管紧张素转换酶抑制剂、抗凝治疗、降脂治疗、对症治疗及中医中药治疗。

(1) 常规治疗,可用:

雷公藤多苷 20～30 mg 口服 每日 3 次

或 泼尼松 每日 40～60 mg 分 2～3 次口服 以后按糖皮质激素用法递减

(2) 本病水肿,可用:

呋塞米 10～40 mg 口服 每日 2～3 次

或 氢氯噻嗪 25～50 mg 口服 每日 2～3 次

或 螺内酯 20 mg 口服 每日 3 次

(3) 本病综合征低蛋白血症,可用:

20%人血蛋白 10～20 g 静脉注射或静脉滴注 每日或隔日 1 次

(4) 减少尿蛋白常选用降压药,应在上级医院指导下选用。降脂药物首选他汀类降脂药,如洛伐他汀 40～80 mg 口服每晚 1 次

或 立普妥 10～40 mg 口服 每晚 1 次

或　舒降之　20～40 mg，　口服　每晚 1 次
或　普拉固　10～40 mg　口服　每晚 1 次

(5) 膜性肾病：可用糖皮质激素和细胞毒药物积极治疗。细胞毒药物可选择环磷酰胺、环孢素 A 等，最好在上级医院指导下应用。

【注意事项】① 绝大部分治疗可缓解或部分缓解，少数病例无效甚至硬化，最后进入肾衰竭。② 本病治疗特别要注意施行个体化，一人一个方案，细胞毒类药物必须在上级医院指导下使用。使用时密切观察用药反应，防止引起中毒性损害。③ 出院后仍需坚持规范化治疗。④ 本病新用药品均有许多不良反应，必须密切观察，及时向专科医师报告。⑤ 利尿剂使用时需防止过猛、过快，防止血黏稠度增高而出现血栓、栓塞等并发症。

八、 肾小管酸中毒

肾小管酸中毒(RTA)是由于近端肾小管对碳酸根的再吸收障碍或远端肾小管的血液和管腔间不能建立正常的 pH 梯度所引起的一组临床综合征。主要临床表现为：代谢性高氯性酸中毒、水及电解质紊乱、骨病及泌尿系统症状。临床上常分为四型。

【诊断要点】

1. 远端型(I 型或经典型)：① 出现正常阴离子间隙(AG)的高氯酸中毒、低血钾。② 尿中可滴定酸或减少，尿 pH>6.0。

2. 近端型(Ⅱ型)：① 出现正常阴离子间隙(AG)的高氯酸中毒、低血钾。② 尿中 HCO_3^- 增多。疑似病例可做碳酸氢盐重吸收试验，若 HCO_3^- 排泄系数>15%亦可确诊。

3. 混合型(Ⅲ型)：同时存在 I 型和Ⅱ型，尿中可滴定酸或 NH_4^+ 减少，HCO_3^- 增多，临床症状常较重。

4. 高钾型(Ⅳ型)：① 多见于老年人，大多数患者具有肾脏病(与糖尿病肾病及间质性肾炎有关)并发生轻、中度肾功能不全。② 临床以高氯酸中毒，高血钾为主要特征，其严重程度，与肾功能不全程度不平衡。

此外，仅有肾酸化功能不全者称不完全性肾小管酸中毒。

【鉴别诊断】本病注意与周期性麻痹相鉴别，周期性麻痹有家族史，常于夜间睡眠或清晨起床时发病，发作经数小时至数日，可逐渐恢复，葡萄糖诱发试验可帮助诊断。

【治疗要点】治疗原则：查明病因，治疗原发病，纠正代谢性高氯性酸中毒，补充钾盐，防止骨病，禁用磺胺类、乙酰唑胺等药物。

对症治疗：

(1) 本病伴低血钾，可用：

　　枸橼酸钾　10 ml　口服　每日 3 次

或　枸橼酸合剂　10 ml　口服　每日 3 次

　　警示：① 使用前后均应检测血钾、血钠，依低钾程度适当调整补钾量，但不宜使用氯化钾。② 过量服用可引起代谢性碱中毒。

　　(2) 本病伴缺钙，可用：

　　葡萄糖酸钙　1.0 g　口服　每日 3 次

或　钙尔奇 D　0.6 g　口服　每日 3 次

　　警示：应监测血钙，慎防钙中毒，已有肾钙化者慎用。

　　(3) 本病 IV 型可用：

　　碳酸氢钠　1.0 g　口服　每日 3 次

或　呋塞米　20～60 mg　口服　每日 3 次

或　氟氢可的松　0.1～0.5 mg　口服　每日 1 次

　　警示：由于本型患者程度严重，常同时伴有肾功能不全，高钾血症、高氮质血症，故应采用综合治疗。

　　【注意事项】① 加强治疗前后的血氯、血钾、血气及尿 pH 的监测。如在服用碳酸氢钠、枸橼酸钠、枸橼酸钾、枸橼酸合剂应注意监测血气和电解质。② 基层医院对此病诊疗由于条件所限，应及时向上级医院转诊。③ 补钾不宜用氯化钾，避免加重高氯酸中毒。④ Ⅱ型加用双克治疗时应予低钠饮食。⑤ 禁用磺胺类、乙酰唑胺类药物。⑥ 本病治疗过程中，涉及水和电解质平衡、酸碱平衡、血气分析基本理论要求高，基层医生必须加强基本理论的学习。

九、 急性肾衰竭

　　急性肾衰竭(ARF)是一种综合征。是指由多种病因导致双肾排泄功能短期内迅速减退，使肾小球过滤功能下降达 50%以下，血尿素氮及血肌酐迅速升高，并引起水、电解质、酸碱等代谢紊乱，是一种常见的危重疾病。

　　【诊断要点】① 肾小管疾患、手术、创伤、严重低血压、败血症、烧伤及中毒病史。② 主要临床表现为：急性少尿(＜400 ml/d)、无尿(＜100 ml/d)、食欲减退、恶心、呕吐、上腹饱胀、气急、牙龈出血、黑便或呕血、入水量大于出水量。③ 有氮质血症、电解质紊乱的检验改变：A. 尿素氮(BND)增高，常高于 10 mmol/L；B. 肌酐(Cr)增高，常高于 120 μmol/L；C. 少尿期常有稀释性低血钠、低血氯、高血钾(＞6 mmol/L)，多尿期电解质全面下降；D. 血气分析呈代谢性酸中毒改变，血 pH、HCO_3^-、BE 均下降；E. α_1-微球蛋白(α_1-MG)增高，常高于 30 mg/L，增高常早于肌酐，可作为急性肾衰竭早期检测的敏感指标。

【鉴别诊断】见表 2－4－4。

表 2－4－4　急性肾衰竭与慢性肾衰竭鉴别诊断

	急性肾衰竭	慢性肾衰竭
病史	急性创伤、中毒、毒虫蜇伤史	慢性肾炎、糖尿病史
血压	明显改变	高血压
肌酐	迅速升高	缓慢升高
贫血	不明显	不同程度的贫血
影像学检查	无明显改变	双肾固缩
肾移植	一般不需要	适合
预后	相对较好	相对较差

【治疗要点】治疗原则：去除病因，纠正代谢紊乱，对症处理，早期及正确掌握血液净化治疗指征。

1．预防性措施　去除感染灶，控制原发病或致病因素，应用糖皮质激素，免疫抑制做冲击治疗。

2．治疗性措施

（1）补液量（出入量平衡）：每日液体入量应低于或等于前 1 日排尿量加大便量、呕吐量、引流量。

（2）透析治疗：含腹膜透析与血液透析治疗。

（3）营养治疗：补充热量每日 104.5～146 KJ/kg。

（4）抗感染治疗：避免使用肾毒性抗生素，常选用青霉素、哌啦西林、头孢哌酮、头孢曲松。

（5）对症治疗：如心力衰竭、消化道出血等。分别参见有关章节。

（6）药物治疗：

1）ARF 少尿期，可用：

呋塞米　20～40 mg　口服　每日 3 次

或　呋塞米　20～200 mg　静脉注射　立即

2）ARF 高钾血症患者，可用：

10%葡萄糖酸钙　10～20 ml　缓慢静脉注射　立即

5%碳酸氢钠　100 ml　缓慢静脉注射　立即

或　胰岛素　16 U
　　25%葡萄糖注射液　200 ml　｜缓慢静脉滴注　立即

或　钠型离子交换树脂　150 g　口服　每日 3 次

25%山梨醇溶液　100 ml　口服　每日 3 次

【注意事项】① 应查明引起急性肾衰竭的病因，及时治疗原发病。

② 葡萄糖酸钙、碳酸氢钠不仅适用于高钾血症，而且适用于伴酸中毒，但必须监测血钾与血 pH 的变化。碳酸氢钠用量按 5%碳酸氢钠 0.5 ml/kg 可提高 HCO_3^- 1 mmol/L 计算。③ 血液透析指征。急性中毒、蜂蜇伤、重症感染、挤压综合征、肾综合出血热、无尿>2 日或少尿>7 日，血肌酐>707 μmol/L、血钾>6.8 mmol/L 等。④ 避免输注 2 周以上库存血。⑤ 注意维持体液平衡，每日进液量＝前日尿量＋500 ml，或维持中心静脉压在 6～10 cmH_2O。

十、 慢性肾衰竭

慢性肾衰竭是各种肾脏疾病的晚期转归，是一种临床综合征。临床主要表现为：蛋白质、水、电解质、酸碱平衡失调引起的氮质血症、尿液增多、多尿脱水症(终末期水肿、少尿)、钠潴留、高血钾、低血钙、皮肤瘙痒、骨骼疼痛等相关症状，是一种常见的危重疾病。肾功能不全代偿期：血尿素氮、肌酐基本在正常范围，血内生肌酐清除率(CCr)在 50～80 ml/min；失代偿期：BUN9～20 mmol/L，Cr 升至 186～442 μmol/L，CCr 降至 20～50 ml/min；衰竭期：BUN20～28.6 mmol/L，Cr707 μmol/L，CCr 降至 10 mL/min 以上。

【诊断要点】① 有慢性肾炎或糖尿病、高血压、慢性间质性肾炎、原发性痛风、多囊肾等病史。② 血尿素氮、肌酐升高，内生肌酐清除率<70 ml/min。③ 不同程度的贫血。④ 影像学检查示双肾固缩。⑤ 水、电解质失衡，高血钾症、高磷血症、低钙血症等，代谢性酸中毒。⑥ 累及全身器官的临床表现，如消化道出血、心包炎、肾性骨病、尿毒性脑病。⑦ 蛋白尿、血尿。⑧ 高血压。符合以上任何 3 项或 3 项以上即可确证为慢性肾衰竭。临床上常分为肾衰竭代偿期、肾衰竭失代偿期、肾功能衰竭期和尿毒症四期。

【治疗要点】治疗原则：针对病因及诱因抓紧治疗，调节饮食，对症治疗，肾替代治疗以长期延长生命，解除症状，提高生命质量。

1. 一般治疗　给予优质低蛋白饮食，一般限制蛋白质摄入总量为每日 0.6 g/kg，要求 60%以上为富含必须的氨基酸的蛋白质，限制植物蛋白，每日约需总热量 522.5 kJ。限制含钾的水果的摄入，限制水、钠、钾的摄入，并保持水、电解质的平衡，纠正钙、磷失调，对症处理，选择适当的血液透析时机，有条件者可考虑作肾脏移植手术。

2. 药物治疗

(1) 治疗尿毒症低蛋白血症，可用：

开同　4～6 片　口服　每日 2～3 次，于餐间整片服下

警示：① 适用于摄入蛋白质质量在 40 g/d 或以下的患者。② 禁用

于高钙血症及氨基酸代谢紊乱。③ 长期服用可导致高钙血症，尤其每日服用量大于25片，或同时服用其他含钙药物时，可发生低血磷。

(2) 慢性肾衰竭代偿期，可用：

贝那普利　10～20 mg　口服　每日1次

或　氯沙坦　50～100 mg　口服　每日1次

(3) 慢性肾衰竭失代偿期，可用：

开同　4～6片　口服　每日2～3次

包醛氧淀粉　5～10 g　口服　每日2次

(4) 治疗慢性肾衰竭明显贫血，可用：

利血宝　1 500～3 000 U　皮下注射　隔日1次

警示：① 禁用于对血液透析不能控制的动脉血压升高的患者和对本品过敏者。② 其纠正贫血的作用与剂量成正比，可调动组织储存铁，同时还可增加血小板和单核细胞。

(5) 肾性骨病，可用：

钙尔奇　D　0.6 g　口服　每日1次

或　罗钙全　0.25～0.5 ug　口服　每日1次

【注意事项】① 引起慢性肾衰竭尿毒症的病因很多，约有64%为慢性肾小球肾炎，19%为慢性肾盂肾炎、间质性肾炎，近些年高血压、糖尿病、狼疮肾炎引起的慢性肾衰竭呈上升趋势，因而必须加强上述疾病的治疗，以减少或延缓慢性肾衰竭的发生。② 肾移植的选择应在专科医院进行，选择适应证宜慎重。③ 本病目前仍是一种不可逆性进行性疾病，必须及时与患者家属沟通。④ 禁用肾毒性药物。⑤ 饮食治疗应在肾衰竭早期进行，可以延缓尿毒症症状，延缓肾单位的破坏速度。⑥ 血液透析是一种较好的肾脏替代治疗方案，尚可用腹膜透析，但应注意掌握应用指征。

（吉佑华）

第五节　血液系统疾病

一、贫血

贫血是指红细胞障碍引起的红细胞减少、血红蛋白下降的一组疾病。常分为缺铁性贫血、巨幼细胞贫血、再生障碍性贫血及自身免疫性溶血性贫血。根据我国国民健康检查，成年男性血红蛋白(Hb)<120 g/L，成年女性 Hb<110 g/L，妊娠妇女 Hb<100 g/L，均可诊断为贫血。不同类型的贫血皮肤黏膜色泽改变不同，如再生障碍性贫血皮肤蜡黄，溶血性贫血皮肤苍黄而巩膜黄染，肾性贫血皮肤水肿而苍白，缺铁性贫血皮肤苍黄、

指甲扁平或呈翻甲，甲纹粗易碎。贫血病人还表现有心慌、气短、头晕、无力、食欲不振、厌食、多尿，女性病人月经紊乱、减少或闭经多见。贫血病人多有性功能减退。贫血的病因诊断比较复杂，应进行血液常规、骨髓穿刺以及特异性血生化检查。

缺铁性贫血：指人体内贮存铁缺乏导致血红蛋白合成量减少而发生的贫血。

巨幼细胞性贫血：指脱氧核糖核酸合成障碍所致的一组贫血，其中由于叶酸缺乏引起的营养性贫血，由于维生素 B_{12} 缺乏引起的称为恶性贫血。

再生障碍性贫血：指因骨髓造血组织显著减少，引起造血功能下降而发生的贫血。

自身免疫性溶血性贫血：指由于免疫系统功能紊乱，产生自身抗体或补体，吸附于红细胞表面，导致红细胞破坏加速而发生的贫血。

【诊断要点】① 具有相关病史，如钩虫感染、免疫性疾病，应用药物情况等病史。② 出现相关症状：如皮肤、黏膜苍白，心慌、气短、精神萎靡、食欲不振等。③ 不仅要检测血象，必要时还应检测骨髓象，并计算 MCV、MCH、MCHC。④ 必要时检测免疫相关项目及血清蛋白、血清叶酸等。

【鉴别诊断】见表 2－5－1。

表 2－5－1 四种常见贫血的鉴别诊断

	缺铁性贫血	巨幼细胞性贫血	自身免疫性溶血性贫血	再生障碍性贫血
病史	有钩虫病史	有偏食、妊娠史	有药物、畸胎瘤病史	有药物、有毒物质接触史
相关因素	缺铁	缺叶酸或维生素 B_{12}	食品、药物	药物、有毒物质
临床表现	舌炎、毛发干枯翻甲	消化道症状，牛肉舌	巩膜皮肤黄染	出血、感染
贫血	小细胞低色素性贫血	大细胞性贫血	正细胞正色素性贫血	正细胞正色素性贫血
血象	血红蛋白降低、网织红细胞正常	红细胞大小不均、大红细胞较多，网织红细胞轻度增多	小球形红细胞增多，网织红细胞增多	三系均减少
治疗	铁剂	叶酸、维生素 B_{12}	糖皮质激素、免疫抑制剂	雄激素、脾切除

【治疗要点】治疗原则：查明贫血的原因，针对不同性质的贫血进行治疗，急性溶血性贫血需及时转院治疗。

1. 一般治疗　养成良好的生活习惯，纠正偏食的习惯，对有贫血诱因者更应严密观察。定期做血常规检查，有蚕豆病史者避免吃新鲜蚕豆，对有 ABO 血型的夫妇。一旦怀孕，必须在医师指导下保胎，防止因溶血而发生危险。做好精神疏导工作，消除病人紧张情绪，密切配合治疗。

2. 药物治疗

(1) 缺铁性贫血：补铁治疗常用的有琥珀酸亚铁片、富马酸铁片、维铁控释片、硫酸亚铁、葡萄糖酸亚铁、右旋糖酐铁、山梨醇铁等。

(2) 巨幼细胞性贫血：叶酸缺乏者可用叶酸口服或用甲酰四氯叶酸钙肌内注射。维生素 B_{12}缺乏若为恶性贫血，使用维生素 B_{12}先治疗 7 日，以后每 2 个月 1 次，维持终身。对胃切除术后引起者应适当补充维生素 B_{12}，使用维生素 B_{12}应当注意适当补钾与防止血栓栓塞。对抗肿瘤药物引起者使用叶酸非但无效，还可能促进肿瘤细胞增长，应特别注意。对单纯性维生素 B_{12}引起者，若单用叶酸，可能会加重神经系统症状，恶性贫血常主张叶酸、维生素 B_{12}同时使用。

(3) 再生障碍性贫血：去除或避免接触对骨髓有毒性的因素，禁用一切对骨髓有抑制的药物。应进易消化的高蛋白食物，注意个人卫生，防止交叉感染，避免疲劳。支持治疗以抗贫血、抗出血、抗感染为主，常采用雄激素、环孢素、一叶秋碱、血生长因子、抗淋巴细胞球蛋白、抗胸腺细胞球蛋白及免疫抑制剂治疗，中医中药亦有很好的治疗经验。骨髓移植：根据本疗效可达 80%左右。此外，出血较重、内科治疗无效时考虑进行脾切除手术。

(4) 自身免疫性溶血性贫血：常用糖皮质激素、免疫抑制剂及选用环孢素、淋巴细胞球蛋白、丙种球蛋白、血浆置换等。糖皮质激素为治疗本病的主要药物，开始剂量要足，按规定要求使用。脾切除：对抗人球蛋白试验阴性，或抗体为 IgG 型者效果较好。若术后复发，仍可用糖皮质激素治疗。多次复发预后差。

1) 缺铁性贫血，可用：

富马铁　0.2～0.4 g　口服　每日 2 次

或　福乃得　1 片　口服　每日 1 次

2) 巨幼细胞性贫血，可用：

叶酸　5 mg　每日服 1 次　用至血常规者正常

或　维生素 B_{12}　100～1 000 ug　肌内注射　每周 1～3 次

血常规正常后改用 100 ug　肌内注射　每月 1 次

3) 再生障碍性贫血，可用：

司坦唑醇　24 mg　口服　每日 3 次　用 1～2 年

4）自身免疫性贫血慢性起病者，可用：

泼尼松　每日 11.5 mg/kg　口服　按激素规定服用

或　地塞米松　每日　10～20 mg
　　生理盐水　100 ml　　静脉滴注　每日 1 次

或　达那唑　0.2 mg　口服　每日 3 次　连服 1 年

【注意事项】① 为了减少铁剂的副作用，可在饭后服用，宜整片吞服，不得咬碎。此外，应注意维生素 C、肉类、氨基酸等有利于铁的吸收；而牛奶、茶、咖啡、蛋类、植物纤维等不利于铁的吸收。② 应用维生素 B_{12} 的同时应预防性口服钾盐。还应注意防止血小板骤然增加，以免导致血栓栓塞。③ 再障脾切除必须正确掌握适应证。④ 定期复查血象、骨髓象。⑤ 达那唑治疗疗程要长，否则易复发，长期使用耐受性较糖皮质激素好，适用于轻症病人，用药期间定期复查肝功能。

二、 白细胞减少症

白细胞减少症是指由于各种原因引起的白细胞持续低于正常值，其中中性粒细胞减少的程度与感染的危险性有明显的关系，当中性粒细胞明显减少，低于 0.5×10^9/L 时成为粒细胞缺乏症，几乎难以避免并发感染。

【诊断要点】① 有感染伤寒、病毒，密切接触苯、放射线、抗肿瘤药物或其他有害药物史。② 白细胞、中性粒细胞减少。③ 临床表现为头昏、乏力、精神萎靡、食欲不振等症状，但早期轻度减少常无明显症状。脾功能亢进引起者常有肝脾大，易继发感染。

【治疗要点】治疗原则：去除病因，预防感染，保持皮肤、口腔、肛门清洁。

1. 一般治疗　注意生活规律，远离电磁波，居室内应尽量不要同时使用多种大功率的电器，若使用抗肿瘤药、抗生素、退热药应经常检查白细胞。宜进高热量、高蛋白质、高维生素的饮食。

2. 药物治疗

(1) 防治治疗、化疗、苯类药物引起的白细胞减少症，可用：

利血生　20 mg　口服　每日 3 次

或　鲨肝醇　50 mg　口服　每日 3 次

或　维生素 B_4　10 mg　口服　每日 3 次

(2) 防治免疫因素引起的白细胞减少症，可用：

泼尼松　10～15 mg　口服　每日 2～3 次

(3) 若应用 4 周无效，则应停药。粒细胞减少，可输注单采粒细胞，亦

可用：

丙种球蛋白　10～20 mg
生理盐水　　200 ml　　静脉滴注　每日 1 次

或　重组粒细胞刺激因子(G-CSF)　8～64 ug/(kg. d)　皮下注射　连用 14 日

【注意事项】① 本病易并发感染，对反复感染者应及时控制感染，并注意预防感染，粒细胞减少，有条件者最好住层流室。② 本病预防的关键在于定期复查血象。反复做咽拭子培养，以便及时发现病情变化。③ 急性粒细胞缺乏症死亡率高，应及时转上级医院治疗。注意中性粒细胞减少的程度与感染的危险性有明显的关系。

三、白血病

白血病是造血系统的恶性疾病，俗称“血癌”。其特点是大量白细胞无限制地增殖，出现于骨髓、血液及许多其他器官和组织中。根据白血病细胞不成熟的程度(骨髓象)和自然病程可将白血病分为急性和慢性两型。前者骨髓和血液中的白血病细胞主要为原始细胞，后者主要为成熟的和幼稚阶段的细胞。根据白血病细胞的类型，急性白血病又分为急性淋巴细胞白血病和急性非淋巴细胞白血病；慢性白血病分为慢性粒细胞白血病和慢性淋巴细胞白血病。

【诊断要点和鉴别诊断】

1. 急性白血病　儿童以急性淋巴细胞白血病多见，成人以急性非淋巴细胞白血病多见。临床常表现为严重贫血、出血难止、发热不退、易感染及各种器官浸润。器官浸润表现有肝、脾、淋巴结肿大，胸骨下端压痛，头痛、抽搐、昏迷，睾丸肿大等。急性发病者突然高热、严重出血甚至全身衰竭；慢性发病者面色苍白、乏力、轻微出血。血象、骨髓象检查提示正常血细胞、造血细胞减少，代之以白血病细胞。注意：以急性发热起病者，应做血常规检查，不能简单地诊断为感冒。其他还应与骨髓增生异常综合征、传染性淋巴细胞增多症、巨幼细胞贫血、再生障碍性贫血鉴别。

表 2-5-2　急性白血病与再生障碍性贫血的鉴别诊断

	急性白血病	再生障碍性贫血
病因	不明	对骨髓抑制的药物或毒物
起病	较急	缓慢
发热	明显	一般不发热
出血	明显出血	出血视血小板数而定

（续表）

	急性白血病	再生障碍性贫血
肝脾肿大	明显	不明显
血象	白血病细胞	三系均降低
治疗药物	化疗有一定作用	雄激素有一定作用
造血干细胞	有一定作用	有一定作用、有效

2. 慢性白血病　本病起病缓慢，早期无自觉症状。一般于其他情况检查时发现脾肿大、血象异常，进而行骨髓穿刺检查确诊。脾肿大是本病的特征之一，应注意与其他原因的脾肿大鉴别，如血吸虫病、肝改变、肝硬化、脾功能亢进等。另外还应与类白血病反应、骨髓纤维化鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据白血病的类型选择有效的化疗方案，同时加强支持疗法。

1. 一般治疗　治愈主要依靠大剂量的化疗加骨髓移植或造血干细胞移植。化疗过程中注意防治感染、出血及纠正贫血，这些措施是能否完成化疗的关键。防治感染包括预防感冒，保持口腔和皮肤清洁，患者入住无菌病房，谢绝外人探视。感染一旦存在，立即给予强大的抗感染药物，必要时输注白细胞。出血多为血小板过少引起，若出血是由 DIC 引起，则按 DIC 处理，预防外伤，必要时可输注浓缩血小板。贫血较严重者可输血或输红细胞。饮食要注意高营养、易消化，必要时给予全静脉营养。

2. 药物治疗

(1) 急性淋巴细胞白血病患者诱导缓解时选用 VP 方案：

长春新碱　2 mg
生理盐水　20 ml　｜　静脉注射，第 1、8、15、22 日

泼尼松　30～40 mg/(m^2・d)　口服　第 1～28 日

(2) 急性非淋巴细胞白血病患者诱导缓解时选用 DA 方案：

柔红霉素　40 mg/m^2
生理盐水　100 ml　｜　静脉滴注　第 1～3 日

阿糖胞苷　100～150 mg
生理盐水　100 ml　｜　静脉滴注　第 1～7 日

或　上方加用：

高三尖杉酯碱　2～4 mg/m^2
生理盐水　100 ml　｜　静脉滴注　第 1～7 日

(3) 难治及复发的急性淋巴细胞白血病和急性非淋巴细胞白血病患者，以及急性非淋巴细胞白血病患者的巩固治疗，常用 NA 方案：

米托蒽醌　5～10 mg/m²
生理盐水　100 ml　｜　静脉滴注　第1～3日
阿糖胞苷　100～150 mg/m²
生理盐水　100 ml　｜　静脉滴注　第1～7日

(4) 慢性粒细胞白血病患者,可用:

干扰素α　300～900万U/d　肌内注射　每周3～7次　连用数月至2年不等

警示:① 干扰素与小剂量阿糖胞苷合用可增加疗效。② 应用后可引起发热和疲劳,常在72小时内消失。③ 对白细胞过多者宜在第1～2周并用羟基脲或马里兰或白消安,初剂量4～6 mg/d口服,白细胞降至20×109/L时,宜暂停用药,病情稳定后改为小剂量,使白细胞维持(7～9)×109/L。

(5) 慢性淋巴细胞白血病:

苯丁酸氮芥　6～10 mg/d　分3次口服,1～2周后减量至2～6 mg/d

警示:最好与糖皮质激素合用。

(6) 慢淋Ⅱ、Ⅲ期患者可选用CVP方案:

环磷酰胺　400～800 mg/m²
生理盐水　100 ml　｜　静脉滴注　第1日
长春新碱　2 mg
生理盐水　20 ml　｜　静脉滴注　第1日
泼尼松　40～100 mg/d　口服　第1～5日

【注意事项】① 化疗药物对骨髓有抑制作用,应定期复查血象、骨髓象。② 白血病是一种严重的疾病,必须与家属沟通。基层医疗机构一般不能接受此种疾病的治疗,但可参与缓解期的病情观察,对一些不能在大中医院住院者,必须在专科医师指导下谨慎治疗。③ 对老年白血病的治疗,必须充分考虑到老年人一般情况差,常有重要脏器的伴发病,化疗方案不要太强烈。④ 骨髓移植与造血肝细胞移植宜在有条件的二级以上医院血液科进行。

四、 过敏性紫癜

过敏性紫癜是指由于变态反应所引起的一种出血性疾病,主要病变为毛细血管通透性和脆性增高,表现为过敏性血管炎的征象,出现皮肤紫癜、腹痛、关节痛和肾脏病变。

【诊断要点】① 发病前1～3周常有低热、咽痛、全身不适等上呼吸道感染症状。② 紫癜为斑丘疹,分布在下肢关节附近及臀部,常分批对称出现,可伴关节痛、出血性肠炎、过敏性紫癜性肾炎、多形性红斑、荨麻疹

或水肿。③ 血小板正常，病灶有 IgA 和 G_3 在真皮血管壁沉着。④ 过敏的原因很多，以感染多见，其他尚有食物、药品、花粉、昆虫咬伤等。

【鉴别诊断】见表 2－5－3。

表 2－5－3　过敏性紫癜与特发性血小板减少性紫癜的鉴别诊断

	过敏性紫癜	特发性血小板减少性紫癜
病因	变态反应	血小板减少
伴发症状	腹痛、关节痛、肾脏病变	内脏、眼底出血、颅内出血
紫癜形态	斑丘疹	瘀点、瘀斑
紫癜出现部位	下肢关节、臀部	全身皮肤、黏膜
多形红斑	有	无
血小板数	正常	减少
主要治疗	抗过敏药物	输血小板悬液

【治疗要点】治疗原则：去除病因，及时抗过敏治疗。

1. 一般治疗　尽量设法找出引起过敏的食物、药物或其他致敏因素，避免再与之接触，消除感染病灶，驱除肠道寄生虫，注意休息，饮食宜清淡，多吃蛋白质饮食，如鱼、虾、蟹、蛋、牛奶，无过敏史者可食用。

2. 药物治疗　主要选用抗过敏药物，必要时加用免疫抑制剂。

（1）轻症患者，可用：

苯海拉明　25～50 mg　口服　每日 2～3 次

或　氯苯那敏　4 mg　口服　每日 1～3 次

（2）重症且伴有明显腹痛者，可用：

泼尼松　10 mg　口服　每日 3～4 次

或　硫唑嘌呤　50 mg　口服　每日 2～3 次

或　环磷酰胺　100～200 mg
生理盐水　100～250 ml　｜　静脉滴注　每日或隔日 1 次。

【注意事项】① 本病病因复杂，有时很难找出过敏原因，要进行较长时间随访，监测以确定无复发。② 无并发症者，经及时治疗，一般预后良好，年轻病人支持治疗即可，包括卧床休息，增加营养，注意水、电解质的平衡等。对于重症病人，可用糖皮质激素治疗。③ 伴肾脏损坏者，可表现为血尿、蛋白尿、管型尿，需请肾内科会诊，可谨慎使用免疫抑制剂治疗。

五、　特发性血小板减少性紫癜

特发性血小板减少性紫癜（ITP）是指在临床上以出血和血小板减少为特征的自身免疫综合征，也称为自身免疫性血小板减少性紫癜。临床

上分为急性型和慢性型两种，前者多见于儿童，后者多见于青年女性。起病前1～3周常有上呼吸道感染史，或其他病毒感染史。急性型起病急骤、畏寒、发热；慢性型起病隐袭。可见全身皮肤黏膜有大小不等的瘀斑、瘀点，分布均匀，甚至可伴有内脏出血、眼底出血、颅内出血而危及生命。

【诊断要点】1996年12月中华血液学会制订的国内诊断标准：① 多次化验检查血小板计数减少。② 脾脏不增大或仅轻度增大。③ 骨髓检查巨核细胞数增多或正常，有成熟障碍。④ 以下5点中应具备任何1点：A. 泼尼松治疗有效。B. 切脾治疗有效。C. PAIgG增多。D. PAC_3增多。E. 血小板寿命测定缩短。

【治疗要点】治疗原则：根据病情选择最佳的治疗方案。

1. 一般治疗　出血严重者应绝对卧床休息，防止外伤，避免用减低血小板数量及抑制血小板功能的药物。注意室内卫生，选择较为适宜的温度与湿度。宜进易消化、高热量、高蛋白质、高纤维素的饮食。

2. 药物治疗

(1) 紧急治疗：常用于患者有严重的黏膜出血或颅内出血，或疑有颅内出血，血小板计数明显下降时($<10\times10^9$/L)应住院，积极治疗。

1) 血小板悬液　10 U　静脉滴注　每日1次　连用1～3日

2) 丙种球蛋白(IVIG)　0.4 mg/(kg·d)静脉滴注　连用5日或1 g/(kg·d)

紧急输血小板悬液，次日再给予IVIG静脉滴注1次。

3) 血浆置换　3～5日内行3次以上血浆置换　每日换3 L

4) 甲泼尼龙1 g/d　30分钟内　静脉滴注　连续3日　3日后改泼尼松口服

警示：紧急治疗必须在专科医师指导下进行，特别在已无法转院的情况下，必须及时拨打120请求支援。

(2) 争取完全缓解的患者，可用：

1) 泼尼松　0.75 mg/(Kg·d)　静脉滴注　每2小时1次　直至康复

警示：① 泼尼松为首选的长期治疗药物。② 若应用4周血小板$<100\times10$/L，提示缓解可能性不大，应改用其他治疗方法。若血小板$>10\times10^9$/L，应再服用数周后减量，如再复发，应改用其他治疗方法。

2) 达那唑　0.2 g　口服　每日2～4次　连用2个月以上　或　达那唑　50 mg　口服　每日1次

警示：本品适用于泼尼松有效，但减量后血小板数下降的患者。

3) 胺肽素　1 g　口服　每日3次　连用2个月

警示：2个月无效应立即停用，有效可继续服用，无明显不良反应。

长春新碱　0.02 mg/(kg·次)或1～2 mg/次 | 缓慢静脉滴注
生理盐水　500～1 000 ml | (维持6～8小时)
每周1次　共4～6次

或　环磷酰胺　1.5～3 mg/(kg·d) | 口服　3～6周为1疗程
或　50～100 mg/d | 有效后减量　维持4～6周

此外尚可应用联合化疗方案。

【注意事项】① ITP治疗的首选方案为糖皮质激素的正规治疗，若无效或是糖皮质激素有依赖者可选择脾切除治疗。免疫抑制剂不作首选。② 血小板输入患者血小板数无明显增加，但可减轻出血。本病的其他用药如胺肽素、达那唑、长春新碱、秋水仙碱、环磷酰胺、硫唑嘌呤、抗Rh球蛋白、免疫吸附、环孢素、干扰素等药物均各有利弊。③ 血小板悬液、大剂量丙种球蛋白输注，血浆置换等常作紧急治疗。必须在上级医院的指导下进行。④ 治疗本病要有耐心，并注意防治复发。联合化疗治疗难治性ITP疗效并不持久，一停药易复发，而需长期反复用药，且有明显的毒副作用。⑤ 出院后每两周门诊复查血小板及相关指标。出院后嘱不宜用阿司匹林、双嘧达莫等影响血小板及肝功能的药物。

六、血友病

血友病是指一组先天性凝血因子缺陷所引起的出血性疾病。包括血友病A、血友病B、血友病C三种类型，以前两者较常见。

【诊断要点】① 临床主要表现为：关节、肌肉、深部组织出血、皮肤瘀斑及血肿。② 出血部位以四肢受伤多见，常累及较大关节，如膝、肘、踝、腕等，关节腔反复出血后软骨破裂，滑膜及关节周围软组织中纤维组织增生，骨质疏松引起萎缩、畸形、功能丧失。③ 有时见腹腔出血、胃肠道出血和血尿。头颅外伤后可致硬脑膜下血肿或颅内出血引起严重后果。常分为重、中、轻及亚临床型。④ 血小板、出血时间、束臂试验均正常，凝血时间延长，活化的部分凝血酶时间延长，血管性血友病因子抗原(VWF：AG)正常，C/vWF：Ag明显降低，因子IX：C减少。

表2-5-4　血友病TGT试验结果

	血友病A	血友病B	血友病C
病人血浆	延　长	延　长	延　长
病人血浆＋正常血清	不能纠正	纠　正	纠　正
病人血浆＋正常吸附血浆	纠　正	不能纠正	纠　正

注：TGT＝凝血活酶生成试验

【鉴别诊断】主要与获得性血友病A及血管性血友病鉴别，一般需通过实验室检查相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：注意休息，避免损伤，可进行替代治疗和预防治疗等。

1. 休息制动不仅可以预防出血加重，其本身也是一个基础治疗。关节出血可用冷敷，绷带扎紧或上夹板制动。

2. 替代治疗　即补充相应的凝血因子，可以改善出血，防止关节畸形。

3. 预防治疗　主要设法维持患者的Ⅷ、Ⅸ因子水平在20%以上，常应用因子Ⅷ浓缩物。

4. 其他尚可选用糖皮质激素、抗纤溶剂治疗，如氨基己酸、氨甲苯酸、三七、云南白药等。

5. 禁服阿司匹林、双嘧达莫、保泰松、吲哚美辛等药物，以免加重出血。

(1) 治疗血友病A，可用：

人凝血因子Ⅷ　200 U | 静脉滴注　每12小时1次
生理盐水　100 ml | 连用3～5日

地塞米松　5 mg |
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每日1～2次　连用3～5日

或　冷沉淀物　8 U | 静脉滴注　每日1～2次　连用3～5日
生理盐水　100 ml | 适用于轻中型病人

或　新鲜冷冻血浆　500 ml　静脉滴注　每日1次

或　去氨加压素　10 ug |
生理盐水　20 ml | 静脉注射　每日1次

(2) 血友病B，可用：

人凝血因子Ⅸ浓缩剂　200 U |
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每日1次

或　血浆15～20 ml/kg静脉滴注，2～4小时后第二次输注相同剂量，以后10～15 ml/kg，24小时输注1次，连续5～10日。

【注意事项】① 避免创伤和较重的体力活动，避免手术，避免肌内注射，静脉穿刺后最少压迫5分钟。② 禁用阿司匹林、潘生丁，有血尿者禁用抗纤溶药。③ 凝血因子每日用量＞20 U/kg，可能出现肺水肿。心肺功能不佳者慎用。

（吉济华　吉　芸）

第六节　内分泌和代谢性疾病及风湿性疾病

一、 甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症(简称甲亢)是指甲状腺腺体本身产生甲状腺激素过多而引起的甲状腺毒症，其病因包括弥漫性甲状腺肿(Graves 病)、结节性毒性甲状腺肿和甲状腺自主高功能腺瘤。本文主要讨论 Graves 病。Graves 病发病与自身免疫有关，可发生于任何年龄，但以中青年女性多见。临床表现为：甲状腺弥漫性、对称性肿大，怕热多汗、多食善饥、体重下降，多言好动、紧张焦虑、失眠不安，手指有细震颤，心悸气短、心动过速甚至房颤，女性月经减少甚至绝经，突眼等。

【诊断要点】① 高代谢症状和体征。② 甲状腺弥漫性肿大。③ 血清 TT_4、FT_3、FT_4、rT_3增高，TSH 减低。甲状腺摄碘率增加伴高峰前移，不被甲状腺激素抑制试验抑制。④ 眼球突出和其他浸润性突眼(恶性突眼)。⑤ 胫前黏液性水肿。⑥ TRAb、TSAb、TPOAb、TGAb 阳性。以上标准①和②项为诊断必备条件，其余为诊断辅助条件。

【鉴别诊断】

1. 亚急性甲状腺炎　临床也可出现高代谢症状，但多有近期病毒感染史，颈部甲状腺区疼痛，可放射至耳部，吞咽时疼痛加重，伴甲状腺肿大，血沉增快，可大于 100 mm，近年来发现，无痛性亚急性甲状腺炎增多，检测血中甲状腺激素升高，但甲状腺^{131}碘摄取率低于正常可明确诊断。

2. 慢性淋巴细胞性甲状腺炎　即桥本甲状腺炎，和 Graves 甲亢一样多见于女性，早期可出现甲亢症状，但最终 90%以上病人均发展为甲减，与亚急性甲状腺炎不同，甲状腺^{131}碘摄取率与甲状腺功能检查一致，甲状腺抗体检查多呈阳性，TGAb、TPOAb 滴度明显增高，过氯酸钾释放试验50%～75%阳性，甲状腺针吸细胞学检查可见大量淋巴细胞及浆细胞浸润及纤维化。

3. 多结节毒性甲状腺肿和甲状腺自主高功能腺瘤　根据放射性核素扫描和甲状腺 B 超可鉴别，Graves 病核素扫描可见核素均质性分布增强；而多结节毒性甲状腺肿可见核素分布不均，增强和减弱区呈灶状分布；甲状腺自主高功能腺瘤仅在肿瘤区核素浓聚，其他地区分布稀疏。

4. 垂体性甲亢　甲亢患者 T_3、T_4增高反馈抑制 TSH 分泌，TSH 明显低于正常或测不出，而垂体性甲亢 TSH 正常或高于正常范围。

【治疗要点】治疗原则：设法减少甲状腺激素的合成，必要时手术治

疗。常用的治疗方法主要有：药物治疗，^{131}碘治疗及手术治疗。

1. 一般治疗　休息，避免劳累和精神紧张，必要时可用镇静剂；高热量、高营养饮食，补充足够的维生素、钙、磷和钾等，忌碘。

2. 药物治疗

(1) 儿童及青少年、轻中度甲状腺肿、妊娠妇女、首次发病而病程较短的甲亢患者：

丙基硫氧嘧啶(PTU)　100～150 mg　口服　每日 3 次　(每 2～4 周减量一次，每次减量 50～100 mg/d，3～4 个月减至维持量 50～100 mg/d)

或　咪唑类包括甲巯咪唑(他巴唑，MMI)　10～15 mg　口服　每日 3 次　病情轻、中度患者可每日 1 次服用他巴唑 15 mg　(每四周减少 1/3～1/2，减量至 5～10 mg/d 维持)

(2) 治疗初期，临床症状较重者合用β受体阻断药：

普萘洛尔(心得安)　10～40 mg　口服　每日 3～4 次

(3) 甲状腺危象的治疗：

PTU　600 mg　口服或胃管注入，以后每 6 小时 250 mg，待症状缓解后减至一般治疗剂量；PTU 使用 1 小时后，复方碘口服液 5 滴，每 8 小时一次，一般使用 3～7 日

氢化可的松	50～100 mg	
5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　立即

另外予物理降温，疗效不佳可用腹膜透析、血液透析或血浆置换。

3. ^{131}碘治疗　适用于成人 Graves 甲亢伴甲状腺肿大Ⅱ度以上、药物治疗失败或过敏、术后复发或合并有白细胞和(或)血小板减少等等。妊娠及哺乳期妇女禁忌，主要并发症为甲状腺功能减退。

4. 手术治疗　适用于中、重度甲亢，长期服药无效者，甲状腺肿大有压迫症状者，胸骨后甲状腺肿、多结节性甲状腺肿伴甲亢者。伴严重 Graves 眼病，不能耐受手术者禁忌。

【注意事项】

1. 治疗方案的选择　儿童及青少年、轻中度甲状腺肿、妊娠妇女、首次发病而病程较短的甲亢患者以抗甲状腺药物治疗为好；结节性甲状腺肿伴甲亢、甲状腺肿大明显的 Graves 病、经抗甲状腺药物治疗复发者可选择手术或^{131}碘治疗；甲状腺大部切除术后复发适合^{131}碘治疗或药物治疗。妊娠及哺乳期妇女绝对禁忌^{131}碘治疗。药物治疗治愈率为 40%～60%，放射线碘疗法达 60%～80%，手术治疗达 70%以上。

2. 甲亢和抗甲状腺药物治疗均可能引起粒细胞减少和肝功能损害，故治疗前和治疗后均需查白细胞、肝功能，及时治疗。

3. 停药指标　依靠临床症状和体征，药物治疗最好持续 18～24 个月，甲状腺明显缩小、TSAb(或 TRAb)转阴性可停药。

4. 甲状腺危象是指危及生命的严重甲状腺功能亢进状态，常发生于未获得良好控制的甲亢患者，一旦出现过高热宜采用物理降温，必要时应用糖皮质激素或人工冬眠疗法，避免使用水杨酸盐类退热剂，目前认为，在治疗危象中，碘制剂疗效迅速而有效，常与抗甲状腺药物同时应用。

5. β受体阻断药使用时应注意患者是否合并支气管疾病，有者应慎用。

二、 甲状腺功能减退症

甲状腺功能减退症(简称甲减)是指由于各种原因导致甲状腺激素分泌不足或甲状腺激素抵抗而引起的全身低代谢综合征。分为原发性甲减、中枢性甲减和甲状腺激素抵抗综合征。原发性甲减是由于甲状腺本身疾病所引起，如自身免疫、甲状腺手术、^{131}碘治疗所致；中枢性甲减由于下丘脑或垂体病变引起促甲状腺激素释放激素(TRH)或者促甲状腺激素(TSH)产生和分泌减少所引起；甲状腺激素抵抗综合征是由于甲状腺激素在外周组织生物效应障碍引起的综合征。

【诊断要点】① 甲减的症状和体征：易疲劳、怕冷、懒言少语、嗜睡、反应迟钝、便秘、月经不调；表情淡漠、皮肤干燥发凉，颜面、眼睑和手皮肤水肿，声音嘶哑，毛发稀疏等。② 实验室检查：原发性甲减血清 TSH 增高，FT_4减低；中枢性甲减 TSH、FT_4 均减低；可见贫血，甲状腺抗体增高考虑自身免疫性甲状腺疾病。③ 甲状腺^{131}碘摄取率：原发性甲减甲状腺^{131}碘摄取率曲线降低。

【鉴别诊断】① 贫血：贫血患者同样也有全身乏力、感觉差、水肿等症状，但原发性甲减患者临床症状较重，并伴有血清 FT_3、FT_4降低，TSH 升高。② 慢性肾炎肾病期：该病表现为皮肤苍白、水肿、恶心、腹胀、贫血，也可出现血清 FT_4降低等，但是甲状腺^{131}碘摄取率正常或增高、TSH 低，并具有肾功能减退的特征。③ 继发性甲减：由垂体前叶功能减退所引起，此病绝大多数为产后大出血及休克或脑垂体肿瘤所致，继发性甲减 TSH 水平减低，可以通过 TRH 和 TSH 兴奋试验来区分垂体性及下丘脑性甲减和原发性甲减。

【治疗要点】治疗原则：地方性甲状腺肿所致甲减的防治需补充碘盐；甲状腺片或左旋甲状腺素($L-T_4$)替代治疗为治疗所有甲减的方法。

1. 一般治疗　应注意休息和饮食，多食含铁、维生素 B 类、叶酸等食

物。缺碘的患者应补充碘，高碘应相对忌碘。

2. 药物治疗

(1) 甲状腺片　10～20 mg　口服　每日 1 次　(逐步增加量)

或　左旋甲状腺素($L-T_4$)　25～50 μg　口服　每日 1 次　(逐步增加量)

(2) 黏液性水肿昏迷治疗：

左旋甲状腺素($L-T_4$) 100～200 μg　静脉注射　第二日后每日 50 μg　静脉注射　(清醒后改口服)

氢化可的松　200～300 mg/d　静脉滴注　(患者清醒血压稳定后减量)

(3) 有明确肾上腺皮质功能减退的甲减患者：

首先使用氢化可的松　100～200 mg/d　静脉滴注

然后再使用 L-T4　25～50 μg　口服　每日 1 次　以后视病情调整剂量

【注意事项】① 本病一定要查明病因，综合治疗，注意区分重度甲减、轻度甲减、亚临床型甲减和暂时性甲减。② 治疗从小剂量开始，尤其对年老伴心血管疾病者更要谨慎，剂量要更小，递增间隔更长，应注意心动过速、心律不齐和心绞痛的发生。一般每隔一个月复查一次甲状腺功能。病情稳定后可适当延长时间(3～6 个月)。③ 成人原发性甲减经过治疗预后是良好的，可完全恢复病前的健康水平。但是，如果病程长，同时合并有严重的心、肝、肾、脑并发症，甲状腺素片用量增速宜慢。伴有大脑和神经损害者，智力、听力、语言、生长发育、生活能力和劳动力均受到影响，但替代治疗后可有所改善。甲减危象病死率极高。④ 补碘随访，孕妇最后 3 个月甲状腺素需要增加 30%～50%。⑤ 甲状腺手术后的甲减引发的医疗纠纷较多，术前必须加强医患沟通，术中注意手术的规范。术后必须密切观察病情变化，以减少或避免医疗事故。

三、 骨质疏松症

骨质疏松症是一种因骨量低下、骨微细结构破坏，导致骨骼的脆性增加、容易发生骨折为特征的全身性骨病。按原因常分为原发性、继发性和特发性三种，本文重点介绍原发性骨质疏松症。

【诊断要点】① 临床主要表现为起病缓慢，大多数患者无症状或症状轻微，仅在 X 线摄片或骨密度测量时被发现，较重者诉腰背痛、乏力或全身骨痛，其特征是弥漫性疼痛，无固定部位，负荷增加时疼痛加重或活动受限；严重的骨质疏松可有身高缩短和驼背，椎体压缩性骨折会导致胸廓畸形，腹部受压，影响心肺功能；严重者出现脆性骨折，椎体楔形变或压缩性骨折往往在自身躯干的重力作用下即可发生，不一定有明确的外伤暴

力；椎体外骨折一般有暴力诱因，但轻微损伤可诱发(指患者在自身高度水平跌倒所产生的轻微暴力)。② 骨质疏松的诊断标准按骨密度(BMD)低于本地区同性别年轻成人参考范围(T 值)2.5 个标准差(SD)来评估：T 值≥−1SD 为正常；−1SD＞T 值＞−2.5SD 为骨量减少；T 值≤−2.5SD 为骨质疏松，T 值≤−2.5SD 再加上 1 处(或以上)非暴力性骨折为严重骨质疏松。③ X线平片可作诊断参考。

【鉴别诊断】① 内分泌性骨质疏松：如甲状旁腺亢进者，早期可表现为低骨量或骨质疏松，测定血甲状旁腺激素(PTH)、血钙和血磷可鉴别，或进行特殊影像学检查和动态实验。② 血液系统疾病：血液系统肿瘤的骨损害有时酷似甲状旁腺亢进，测 PTH、PTH 相关蛋白和肿瘤特异标志物可鉴别。③ 原发性或转移性骨肿瘤：转移性骨肿瘤(如肺癌、前列腺癌、胃肠癌等)或原发性骨肿瘤(如多发性骨髓瘤、骨肉瘤和软骨肉瘤等)的早期表现可有骨质疏松症，使用骨扫描或核磁共振可明确诊断。

【治疗要点】治疗原则：预防骨质疏松症，对症治疗，减轻症状。慎用易引起骨平衡失调的药物。

1. 一般治疗　坚持适度体育锻炼和体力劳动；注意多吃富含钙的食物；避免体重过轻。

2. 药物治疗

(1) 骨健康基本补充剂：① 钙剂：绝经后妇女和老年人每日钙摄入推荐量为 1 000 mg，我国老年人平均每日从饮食中获钙 400 mg，故每日需补充元素钙 500～600 mg　② 维生素 D：400～800 IU(10～20 μg)/d　注意：定期测量血钙、尿钙，调整剂量。

(2) 已有骨质疏松症(T 值≤−2.5SD)或已发生过脆性骨折；或已有骨量减少(−1SD＞T 值＞−2.5SD)并伴有骨质疏松症危险因素者：

1) 抗骨吸收药物：

① 双膦酸盐类：阿仑膦酸盐(福善美)　10 mg/片　口服　每日 1 片
或　70 mg/片　口服　每周一片

警示：药物应在早晨空腹时以 200 ml 清水送服，进药后 30 分钟不能平卧和进食。

② 降钙素类：

鲑鱼降钙素(密钙息)　50～100 IU　皮下或肌内注射　每周 2～5 次
或　鲑鱼降钙素鼻喷剂　200 IU　每日 1 次或隔日 1 次
或　鲑鱼降钙素　20 IU　肌内注射　每周 1 次

警示：降钙素使用时应与钙剂间隔 4 小时，对过敏体质者，应先做皮

试阴性方可应用；冠心病、妊娠期妇女慎用，哺乳期妇女忌用。

2）选择性雌激素受体调节剂：

雷诺昔芬　60 mg/片　口服　每日 1 片

警示：只用于女性患者，少数人服药期间可出现潮热和下肢痉挛，并增加静脉血栓的危险性，故潮热症状严重的围绝经期妇女、有血栓倾向者如长期卧床和久坐病人不宜使用。

3）雌激素：

① 绝经后早期要求来月经，或子宫内膜厚度>5 mm 的妇女(周期序贯疗法)：

结合雌激素　0.312～0.615 mg　口服　每日 1 次(人工月经周期前 25 日)

第 26 日起停上述两药 5 日，再重复下一周期服药

每日摄入钙量 1 000～1 500 mg

② 年龄较大，不要求来月经，或子宫内膜≤5 mm 的妇女(连续联合疗法)：

结合雌激素　0.312～0.625 mg　口服　每日 1 次

甲羟孕酮　4 mg　口服　每日 1 次

每日摄入钙量　1 000～1 500 mg

③ 任何年龄无明显血脂异常的绝经后妇女：

7-甲基异炔诺酮　1.25～2.5 mg　口服　每日 1 次

每日摄入钙量　1 000～1 500 mg

4）促进骨形成药物：

甲状旁腺激素　400～800 U/d　6～24 个月

5）其他药物：

① 活性维生素 D：1α 羟维生素 D(α 骨化醇)　0.25～0.75 μg/d　口服

或　1,25-$(OH)_2$维生素 D(骨化三醇　罗钙全) 0.25～0.5 μg/d　口服

② 锶盐：雷尼酸锶(欧思美)　2 g/袋　每日一袋　睡前或餐后 2 小时口服

注：该药有抗骨吸收和促进骨形成双重作用

【注意事项】

1. 骨质疏松症的危险因素　人种(白种人和黄种人危险高于黑人)、老龄、女性绝经和母系家族史为不可控因素；低体重、性激素低下、吸烟、过度饮酒、咖啡和碳酸饮料、体力活动缺乏、饮食中钙和(或)维生素 D 缺乏、有影响骨代谢疾病和应用影响骨代谢的药物为可控因素。

2. 注意合理进食，营养丰富全面，老年人、孕妇、小儿要多进富含钙

的食品。多从事户外运动，加强负重锻炼；避免嗜烟、酗酒和慎用影响骨代谢的药物；老年人应预防摔倒，降低骨折风险性。

3. 雌激素的应用必须在专科医师指导下进行，坚持定期随访和安全检测。该药物提倡绝经早期使用，子宫癌、子宫内膜癌、血栓性疾病、不明原因阴道出血及活动性肝病和结缔组织病为绝对禁忌证；子宫肌瘤、子宫内膜异位症、有乳腺癌家族史、胆囊疾病和垂体泌乳素瘤者慎用。

4. 口服双膦酸盐时，有食管炎、活动性胃炎及十二指肠溃疡、反流性食管炎慎用，欲实行口腔科手术时，应避免大量使用双膦酸盐。

5. 原发性骨质疏松症的预后随发展速度不同而差异较大，重者遇轻微外力易致骨折，骨痛可以很重，以致瘫痪。轻者可无任何症状，综合治疗可以阻止病情发展，但不能使骨质恢复到青年人水平。

四、 糖尿病

糖尿病是指一组以慢性血葡萄糖（血糖）水平增高为特征的代谢性疾病，是由于胰岛素分泌和（或）作用缺陷所引起。长期碳水化合物以及脂肪、蛋白质代谢紊乱可引起多系统损害，导致眼、肾、神经、血管等组织器官的慢性进行性病变、功能衰退及衰竭；病情严重或应急时可发生急性严重代谢紊乱，如酮症酸中毒、高血糖高渗状态等。根据 1999 年 WHO 建议将糖尿病分为四大类型，即 1 型糖尿病、2 型糖尿病、其他特殊类型和妊娠糖尿病，绝大多数为 2 型糖尿病（T_2DM），1 型糖尿病（T_1DM）仅占 10%～15%。临床主要表现为：多饮、多食、多尿、消瘦、乏力等，晚期常伴有白内障、深浅感觉反射异常、尿潴留、皮肤感染等。1 型“三多一少”症状较明显，易感染；2 型大部分患者并无典型表现，而以合并症或并发症为主。

【诊断要点】

1. 1 型糖尿病

（1）有病毒感染史和证据。

（2）有多饮、多食、消瘦或乏力等症状。病程长者有皮肤感染、深浅感觉反射异常、尿潴留等并发症的表现。

（3）实验室检查：① 血糖≥11.1 mmol/L 或空腹血糖≥7.0 mmol/L。② 尿糖阳性，尿酮体阳性。③ 胰岛 β 细胞功能测定：空腹胰岛素值正常 5～20 mU/L，进食后增加不超过 10 倍，空腹 C 肽<400pmol/L，进食后增加不超过 6 倍。④ 免疫学检查：胰岛细胞抗体（ICA）、谷氨酸脱羧酶抗体（GADA）、胰岛素自身抗体（IAA）均多呈阳性。尤其是 GADA。⑤ HLA 型别：HLD－DQ、DR 呈阳性相关。

2. 2型糖尿病

(1) 有糖尿病家族史，或内脏型肥胖者突然发现体质下降，或有高血压、高血脂、冠状动脉粥样硬化等病史。

(2) 有多饮、多尿、多食、消瘦"三多一少"症状，但大部分患者无典型表现而以各种合并症或并发症为主，如皮肤瘙痒、视力模糊、四肢麻木、疼痛、眼底变化等。

(3) 实验室检查：① 糖尿病症状加任意时间血浆葡萄糖≥11.1 mmol/L，或空腹血糖(FBG)≥7.0 mmol/L，或口服葡萄糖耐量试验(OGTT)时餐后2小时血糖(2 h PG)≥11.1 mmol/L。② 尿糖：多为阳性。③ 胰岛β细胞功能测定：空腹胰岛素值往往高于5 mU/L，进食后增加5～10倍甚至10倍以上；空腹C肽≥400pmol/L，进食后增加等于或多于5倍以上，或高峰值后移。也可正常或减低。并发酮症酸中毒时尿酮体强阳性，电解质紊乱。

【鉴别诊断】① 肾性糖尿：由于肾糖阈降低所致，尿糖阳性，但血糖及口服糖耐量试验正常可区分。② 甲亢、胃空肠吻合术后和弥漫性肝病患者：进食后1/2～1小时血糖过高，出现糖尿，但空腹血糖和餐后2小时血糖正常或降低。③ 急性应急状态：可出现糖耐量异常、一过性血糖升高、尿糖阳性，应急后可恢复正常。

【治疗要点】治疗原则：调节饮食结构，适当选用降糖药物，防治并发症。

1. 一般治疗

(1) 生活保健：对患者和家属给予充分的宣传教育，使患者了解糖尿病的基础知识和治疗控制要求，学会做血糖、尿糖测定，掌握饮食治疗的具体措施、使用降血糖药的注意事项，学会胰岛注射技术等。患者生活应当规律，注意个人卫生，预防各种感染，根据具体情况坚持适当的体力锻炼或劳动，避免体型肥胖。

(2) 饮食调养：根据患者病情轻重、血糖变化、体重及活动情况制订饮食方案，计算每日总热量需要，然后按糖类60%，蛋白质20%，脂肪15%～20%进行分配。每日饮食中膳食纤维含量应在40 g以上。饮食治疗不主张急于求成，应因人而异，常以血糖生成指数控制血糖。饥饿时以蔬菜充饥，如鸡毛菜、小白菜、大白菜、油菜、青菜等。

肥胖：每日总热量控制在105 kJ/kg(25 kcal/kg)以下。

严重消瘦：每日总热量控制在125 kJ/kg(30 kcal/kg)以下。

休息：每日总热量控制在105～125 kJ/kg(25～30 kcal/kg)。

轻体力劳动：每日总热量控制在125～145 kJ/kg(30～35 kcal/kg)。

中体力劳动：每日总热量控制在145～167 kJ/kg(35～40 kcal/kg)。

重体力劳动：每日总热量控制在 167 kJ/kg(40 kcal/kg)。

糖类：每日可进食 200～350 g,所供热量占总热量的 55%～60%。

蛋白质：每日每千克体重 1 g,孕妇、乳母、营养不良及合并感染提高至1.2～1.5g/kg。

脂肪：每日每千克体重 0.6～1.0 g,总量 50～60 g,肥胖者每日<40 g,并尽量少吃动物脑髓、鱼子、蛋黄、肥肉及动物内脏等。

维生素：特别要注意补充维生素 B_1、维生素 B_2 及维生素 C。

2. 药物治疗　胰岛素和口服降糖药治疗。

(1) 胰岛素治疗：

1) T_1DM 应无条件接受胰岛素治疗。T_2DM 在特定情况下亦应采用胰岛素治疗,如有各种急慢性并发症,口服降糖药失败,各种应激、感染、手术、妊娠、分娩等。

普通胰岛素(RI)　4～20 U　每日 2～3 次　皮下注射　餐前 30 分钟

或　优泌林(R)　4～16 U　每日 2～3 次　皮下注射　餐前 30 分钟

或　诺和灵(R)　4～20 U　每日 2～3 次　皮下注射　餐前 30 分钟

2) 经济条件差,胰岛素用量较大的糖尿病：

普通与长效胰岛素(2∶1 比例)　4～20 U　餐前 30 分钟　皮下注射　每日 2～3 次

或　普通与长效胰岛素(1∶2 比例)　4～20 U　餐前 30 分钟　皮下注射　每日 2～3 次

3) 口服降糖药物效果欠佳的 T_2DM 可加用长效胰岛素或混合型胰岛素或短效胰岛素：

长效胰岛素(来得时)　4～40 U　睡前皮下注射

优泌林(R)或诺和灵(R)　4～16 U　早餐前 30 分钟　皮下注射

4) T_1DM、妊娠糖尿病及血糖较高的 T_2DM：

按每小时 0.5～2.0 U 速度给予速效胰岛素,维持基础胰岛素水平,进餐时按个体需要脉冲式输注(胰岛素泵的应用)。

警示：① 速效短效胰岛素主要控制第一餐后高血糖;中效主要控制第二餐后高血糖。② 胰岛素应从小剂量开始,4～7 日后提高到最佳剂量。③ 应用胰岛素应高度注意个体化和低血糖反应。

(2) 口服降糖药治疗：主要用 T_2DM,主要有四类：促胰岛素分泌剂(磺脲类和格列奈类)、双胍类、α-葡萄糖酐酶抑制剂及噻唑烷二酮类。

1) T_2DM,经饮食、运动不能控制者：

① 磺脲类：

格列本脲(优降糖)　1.25～10 mg　每日1～2次　餐前半小时服
或　格列齐特(达美康)　40～160 mg　每日1～2次　餐前半小时服
或　格列吡嗪(美吡达)　2.5～15 mg　每日1～2次　餐前半小时服
或　格列美脲(亚莫利)　1～2 mg　口服　每日1次

② 格列奈类：

瑞格列奈(诺和龙)　0.5～2 mg　每日3次　进餐时同步服用
或　那格列奈(唐力)　60～120 mg　每日3次　进餐时同步服用

2) T_2DM,经饮食、运动不能控制且无明显消瘦以及伴有血脂异常、高血压或高胰岛素血症患者：

盐酸二甲双胍(格华止、美迪康、迪化糖锭)　0.25～0.5 g　每日2～3次　餐中或餐后服(小剂量开始 逐渐增加剂量)
或　阿卡波糖(拜糖平)　25～100 mg　每日1～3次　进食第一口食物后服用

3) 伴有肾功能轻度异常者：

格列喹酮(糖适平)　15～60 mg　每日1～3次　餐前半小时　口服

4) 伴有胰岛素抵抗者：噻唑烷二酮类：

罗格列酮(文迪雅)　4～8 mg/d　口服　每日1次或分为2次

警示：① 慎用于心血管疾病、骨质疏松、脂质代谢紊乱。② 谨慎使用,加强管理,严密观察用药后可能产生的副作用。

或　吡格列酮　15～30 mg/d　口服　每日1次

5) 单味降糖药控制不佳时,可合用以上四类药物。

3. 急性并发症的治疗　糖尿病昏迷、酮症酸中毒常需住院,抢救治疗,并与家属沟通。胰岛移植或胰肾联合移植尚在研究中。

【注意事项】① 治疗过程中加强血糖,尿糖、糖化血红蛋白(HbA_1C),糖化血清蛋白(葡萄糖注射液P)监测,并根据监测结果调整治疗方案。② 出院后学会自测尿糖、血糖、每周复查1次。③ 糖尿病治疗必须要有耐心和决心,并始终注意防治并发症,一旦出现严重并发症,必须及时与家属沟通,及时转院。④ 使用胰岛素前必须复查血糖,不能盲目长期使用。⑤ 口服降糖药物品种繁多,注意选择,避免同类药品叠加使用。⑥ 本病预后与有无急、慢性并发症密切相关,在急性并发症中以非酮症高渗性糖尿病昏迷病死率最高,酮症酸中毒与乳酸性酸中毒死亡率次之。凡急性并发症合并多脏器功能衰竭者,预后恶劣。凡有慢性并发症如肾衰竭、心肌梗死、脑血管意外、肢体坏疽、严重的自主神经病变(尤其是心脏自主神经受累)者,预后不良。⑦ 做好糖尿病的三级预防。一级预防：树立正确的进食观和采取合理的生活方式,最大限度地减少发生率;二级预防：定期测血糖,尽早发现无症状的糖尿病;三级预防：预

防和延缓合并症的发生和发展，以减少其伤残和死亡率。⑧ 糖尿病疗效判断见表 2－6－1。

表 2－6－1　糖尿病疗效判断

	理　想	尚　可	差
FBS	4.4～6.17 mmol/L	≤7 mmol/L	＞7 mmol/L
2 h PG	4.4～8.0 mmol/L	≤10 mmol/L	＞10 mm01/L
HbA_1C	＜6.5％	6.5％～7.5％	＞7.5％

五、 低血糖症

低血糖症是指由于多种原因引起的血浆葡萄糖浓度低于 3.0 mmol/L 而导致脑细胞缺糖的临床综合征，根据临床表现分空腹低血糖、餐后低血糖和吸收后低血糖三种。血糖是细胞特别是脑细胞能量的主要来源，正常时血糖浓度相对稳定，空腹血糖保持 3.9～5.6 mmol/L，而餐后一般不超过 7.8～8.3 mmol/L。

【诊断要点】Whipple(低血糖)三联征：① 低血糖症状：低血糖时有交感神经、肾上腺髓质兴奋表现，如心悸、出汗、手足颤抖、皮肤苍白、饥饿、烦躁不安、血压轻度升高等；有中枢神经系统受抑制表现，如精神不集中、思维及语言迟钝、头昏、嗜睡、软弱、视物不清、步态不稳、耳鸣、感觉异常、幻觉、易做噩梦、行为怪异、癫痫样抽搐、偏瘫、昏迷等。② 实验室检查：发作时血糖低于 3.0 mmol/L，胰岛素含量增高或 C 肽降低，胰岛素释放指数常高于 0.4。③ 供糖后低血糖症状迅速缓解。

【鉴别诊断】① 精神病：也可出现交感神经兴奋症状，如出汗、心悸、紧张、手足颤抖、皮肤苍白等，从病史和实验室检查可鉴别。② 神经系统疾病：癫痫、短暂性脑缺血发作或脑血管意外等，也可出现头晕、视物不清、步态不稳甚至昏迷，只能通过详细询问病史、全面检查，仔细分析，明确诊断。

【治疗要点】治疗原则：查明病因，对症处理。

1. 一般治疗　对患者说明本病性质，予以精神疏导，发作时应卧床休息，请医生诊治，不能盲目坚持工作或活动，尤其在骑自行车、驾车、高空作业时。坚持少食多餐，宜进食较干的食品，适当提高蛋白质和脂肪量，减少食糖，多吃牛奶和新鲜水果，多吃鸡蛋、禽肉、鱼、虾和精肉。

2. 药物治疗

(1) 口服糖水或糖果，适用于低血糖轻症发作：

常以白糖 50 g　冲糖开水立即饮服　亦可立即吃水果糖数粒

(2) 低血糖急性发作伴神志不清或昏迷：

50％葡萄糖注射液　60～100 ml　立即静脉注射　必要时可重复使用

或　10%葡萄糖注射液　500～1 000 ml　立即静脉滴注

或　10%葡萄糖注射液　500～1 000 ml
　　氢化可的松　100～200 mg　立即静脉滴注

或　胰高血糖素　0.5～1.0 ml　皮下注射或肌内注射或静脉注射

(3) 原因不明的功能性低血糖者，可缓解食物吸收和减少胰岛素分泌：

谷维素　10～20 mg　口服　每日3次

溴丙胺太林(普鲁本辛)　10 mg　口服　每日3次

(4) 适用于上述处理无效者：

二氯嗪　50～200 mg　口服　每日3次

奥曲肽　100～300 μg　皮下注射　立即

警示：如仍无效应及时与家属沟通，拨打120请求支援。

【注意事项】① 应立即检查血糖，并根据血糖补糖。② 密切观察病情变化，尤其伴昏迷者应及时与家属沟通，并请示上级医院支援。③ 如为恶性肿瘤引起，预后较差，如早期手术亦可获得较好的预后；如为功能性低血糖，重点应放在预防发作上，一般预后较好；糖尿病患者发生低血糖或使用胰岛素、磺脲类降糖药引发低血糖，特别要注意预防和及时处理。

六、肥胖症

肥胖症是指体内脂肪组织过多和(或)分布异常、体重增加(超过标准体重20%，或体重指数≥28)，是包括遗传和环境因素在内的多种因素相互作用所引起的慢性代谢性疾病。如无明显病因者称单纯性肥胖，具有明确病因者称继发性肥胖。本病是遗传因素和环境因素共同作用的结果。临床主要表现为肥胖、嗜睡、少动、疲乏无力、换气困难、心肌劳损、闭经、阳痿、多食易饥、怕热多汗等。肥胖症作为代谢综合征的主要组分之一，与多种疾病如2型糖尿病、血脂异常、高血压、冠心病、脑卒中和某些癌症密切相关。体重指数(BMI)＝体重(kg)/[身高(m)]^2。

【诊断要点】① 2003年我国确定的肥胖诊断标准≥24为超重，≥28为肥胖。② 腰/臀围比例(WHR)男大于0.95，女大于0.85为中心型肥胖(即内脏型、腹内型)，不足者为外围型肥胖。

【鉴别诊断】① 继发性肥胖症：库欣综合征、原发性甲状腺功能减退症、下丘脑性肥胖、多囊卵巢综合征均可引起肥胖，根据激素的测定，B超、CT的检查可以诊断。② 药物引起：服用抗精神病药、糖皮质激素可引起肥胖，详细询问病史可鉴别。

【治疗要点】治疗原则：找出肥胖原因，针对病因有计划地减肥，防治

并发症。

1. 一般治疗　对肥胖者来说"一动一吃"至关重要，轻度肥胖者仅需限制脂肪、糕点甜食、啤酒等，多吃带酸味的食品，如醋、话梅、杨梅、山楂、杏干等；中度肥胖者需严格控制总热量，女性控制在 5 016～6 270 kJ/d(1 200～1 500 kcal/d)，男性控制在 6 270～7 524 kJ/d(1 500～1 800 kcal/d)，重度肥胖者还需要每周禁食 1～2 日(须在医师指导下)。同时要注意调整饮食结构，增加蔬菜及粗纤维、蛋白质比例。减少脂肪及糖类比例，不嗜零食、甜食、油炸食品等。一般计算，每减少 28.5 kJ(6.8 kcal)热量时，体重就会下降 1 g，每日每千克体重的蛋白质摄入量不应少于 1 g，并以此来计划膳食。忌食糖果、糕点、花生、瓜子、核桃、榛子、蜂蜜、肥肉、果汁等，禁饮含乙醇饮料。

2. 药物治疗　找出肥胖的病因，不能见效时，可选用氛氟拉明、甲状腺片、二甲双胍及 α-糖苷酶抑制剂、α-淀粉酶抑制剂等作为辅助治疗用。

(1) 减轻体重，使摄食减少：

西布曲明(可秀，曲美)　5～30 mg　口服　每日 1 次

(2) 减少脂肪吸收：

奥利司他(赛尼可)　0.12 g　口服　每日 3 次　进餐时服用

(3) 肥胖伴有 2 型糖尿病及高胰岛素血症：

二甲双胍　0.25～0.5 g　口服　每日 3 次

【注意事项】① 手术疗法只适用于顽固型严重肥胖者，如迷走神经切除术、吸脂术等。② 单纯性肥胖经及时处理预后一般良好；伴有高脂血症及糖尿病者易发生动脉硬化、冠心病；腹胖者较外周型肥胖者预后差，易出现并发症。③ 肥胖症切忌盲目减肥，切忌乱用一些广告宣传的减肥药。④ 对继发性肥胖应加强病因治疗。

七、血脂异常症

血脂异常症是指血浆中脂质量和质的异常，由于脂质不溶或微溶于水，在血浆中必须与蛋白质结合以脂蛋白的形式存在，因此血脂异常实际上表现为脂蛋白异常血症。血脂异常少数为全身性疾病所致(继发性)，多数是遗传缺陷与环境因素相互作用的结果(原发性)。与肥胖症、2 型糖尿病、高血压、冠心病、脑卒中等密切相关；长期血脂异常可导致动脉粥样硬化、增加心血管病的发病率和死亡率。

【诊断要点】① 详细询问病史，包括个人的饮食和生活习惯，有无引起继发性血脂异常的相关疾病、引起血脂异常的药物应用史及家族史。体格检查须全面系统，注意有无黄色瘤、色膜环和脂血症眼底改变等。② 继发性血脂异常常见于未控制的糖尿病、肾病综合征、甲状腺功能减

退、动脉粥样硬化、胆汁淤滞性肝胆病、胆汁性肝硬化、胰腺炎及某些遗传性脂代谢紊乱等疾病。③ 依据血脂情况常分为：高胆固醇症、高甘油酯血症、高异常脂蛋白血症、混合型（高胆固醇及高甘油三酯血症）等。④ 临床主要表现为：肥胖及代谢紊乱症状，但也有体重不超者。本病起病隐匿，逐渐加重，早期几乎无任何症状，晚期可引起动脉粥样硬化、高血压、冠心病、心肌梗死、脑卒中，甚至猝死，还可导致脂肪肝、肝硬化、胆石症、胰腺炎、眼底出血、失明、高尿酸血症等。⑤ 化验检查总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、脂蛋白增高、血脂分析异常。近些年来，肥胖倾向、高脂血症已成为一个社会问题，必须引起有关部门的高度重视。

【鉴别诊断】应注意有无引起继发性血脂异常的相关疾病：① 肾病综合征：可有混合性高脂血症，但有大量蛋白尿、血浆白蛋白减少和水肿的发生，实验室检查尿常规、肾功能等异常。② 胆汁性肝硬化：由于胆小管阻塞，血中脂类总量和胆固醇增高，但患者有乏力、皮肤瘙痒、黄疸、肝肿大，实验室检查有明显的肝功能异常。③ 甲状腺功能减退：生化检查可出现血脂增高，但患者易疲劳、怕冷、水肿等，甲状腺功能检查可鉴别。

【治疗要点】治疗原则：找出病因，从控制饮食与饮食治疗入手，适当选用降脂药物。

1. 生活保健　注意生活规律，劳逸适度，坚持跑步、散步等运动治疗，并注意循序渐进，少坐车、多步行，并掌握“3 个 3”、“1 个 5”、“1 个 7”。“3 个 3”即：每日至少步行 3 千米，30 分钟，分 3 次进行；“1 个 5”即：每周至少运动 5 日以上；“1 个 7”即：运动负荷 7 成。

2. 饮食调养　低热量：要求热量控制在生理消耗的范围，平时以自测体重计算热量控制度；低脂肪：要求脂肪占总热量高于 30%，其中饱和脂肪酸占 8%～10%，以植物油如豆油、花生油、玉米油为主，动物脂肪应低于总脂肪量的 1/3；低胆固醇：要求胆固醇摄入量每日控制在 200～300 mg，避免食用动物内脏、蛋黄等；高纤维要求增加含膳食纤维多的食品，如韭菜、菠菜、竹笋、芹菜等。

3. 饮食治疗　控制饮食是最基本的治疗手段，提倡低脂饮食，脂肪控制在每日 20～40 g；需限制糖、胆固醇及总热量，减轻体重；采用低胆固醇、低饱和脂肪酸的饮食治疗。

4. 外科治疗　宜慎重施行。

5. 药物治疗　适用于饮食治疗 3 个月以上无效者，高胆固醇血症首选他汀类、血脂康等，尚可选胆酸整合剂；高甘油三酯血症首选贝特类，如力平之、诺衡等，尚可选烟酸类。

（1）单纯性高胆固醇血症及以高胆固醇为主的混合型高脂血症可选用下列中的一种：

阿托伐他汀(立普妥) 10～80 mg 每晚服1次
辛伐他汀(舒降之) 20～80 mg 每晚服1次
普伐他汀(普拉固) 20～80 mg 每晚服1次
氟伐他汀(来适可) 40～80 mg 每晚服1次

(2) 单纯性高甘油三酯血症及以高甘油三酯为主的混合性高脂血症可选用一种:

非诺贝特 0.1 g 口服 每日3次
微粒化非诺贝特(力平之) 0.2 g 每日服1次
吉非罗齐(诺衡) 0.6 g 口服 每日2次,或0.3 g 每日服3次
苯扎贝特 0.2～0.4 g 口服 每日3次

【注意事项】① 本病病因复杂,必须查明切勿马虎。② 脂质代谢紊乱早期如及时防治预后良好,否则晚期可出现严重并发症预后不良,故必须严密观察病情变化,定期复查血脂与脂蛋白,并记录以资对照分析。③ 本病尽量采用饮食治疗与运动治疗,如效果不好方可考虑适当选用降脂药。

八、 高尿酸血症与痛风

高尿酸血症与痛风是指由于遗传性和获得性嘌呤代谢障碍引起的代谢性疾病,但痛风发作有明显的异质性,除高尿酸血症外可表现为急性关节炎、痛风石、慢性关节炎、关节畸形、慢性间质性肾炎和尿酸性尿路结石。

【诊断要点】① 临床主要表现为:初发病时常只影响单个关节,其中以足拇指及第一跖趾关节多见,尔后可累及多个关节,常伴剧烈关节疼痛、头痛、发热,持续数天至数周后自然缓解,关节活动恢复。反复发作可致慢性关节炎,出现痛风,部分患者会出现肾绞痛、血尿、少尿,甚至尿闭等,晚期严重者可发生肾衰竭。② 常见诱因为:创伤、手术、饮酒、饥饿、感染、暴食及长时间步行等。③ 单纯血尿酸增高,而无痛风症状者称为高尿酸血症。血尿酸(UA)增高,常高于450 μmol/L,部分患者可正常,部分患者虽明显增高,但无相关症状。

【鉴别诊断】① 类风湿关节炎:也可表现为关节的肿胀、疼痛,以青、中年女性多见,四肢近端小关节常呈对称性梭形肿胀畸形,晨僵明显;血尿酸不高,类风湿因子阳性。② 化脓性关节炎与创伤性关节炎:前者关节囊液可培养出细菌;后者有外伤史。两者血尿酸正常,关节囊液无尿酸盐结晶。③ 假性痛风:多见于老年人,为关节软骨钙化所致,膝关节最高发,血尿酸正常,X线可见软骨呈线状钙化或关节旁钙化。

【治疗要点】治疗原则:坚持长期自我保健和合理饮食,去除诱因。

1. 生活保健 注意卧床休息,抬高患肢,一般应休息至关节痛缓解

72小时后方可恢复活动。对可疑者，特别是单纯尿酸增高者应加强监测，应及早发现高尿酸血症，及早明确痛风的诊断。

2. 饮食调养　调节饮食，限制富含嘌呤的食物，如动物内脏、骨髓、海产品、禽肉、豆类及豆制品、粗粮等。注意合理控制饮食，每日蛋白质摄入量限制在1 g/kg，少食糖果，多饮水，每日尿量高于2 000 ml，保持碱性尿，不宜使用抑制尿酸排泄的药物及食品。

3. 去除诱因　禁酒、禁高嘌呤饮食，适当控制体重，多饮水。

4. 治疗原发病和伴发症　如治疗肥胖、高血压、冠心病、糖尿病、高脂血症等。

5. 手术治疗　适用于较大痛风石影响关节功能者。

6. 药物治疗　高尿酸血症选用促尿酸排泄药、抑制尿酸合成药。

(1) 单纯高尿酸血症，促进尿酸排泄：

丙磺舒(羧苯磺胺)　开始0.25 g　口服　每日2次　1周后0.5 g　每日服2次　2周后0.5 g　口服　每日3次

或　磺吡酮(苯磺唑酮)　100 mg　口服　每日3次

或　苯溴马隆(痛风利仙)　25～50 mg　口服　每日1次

(2) 单纯高尿酸血症，抑制尿酸合成：

别嘌醇　0.1 g　口服　每日3次

路安利　0.25 g　口服　每日1次

(3) 痛风性关节炎急性发作：

秋水仙碱　1 mg/2小时　1日总量不超过6 mg　维持24～48小时

或　布洛芬　0.2 g　口服　每日3次

或　双氯芬酸钠(扶他林)　25～50 mg　口服　每日3次

或　阿西美辛(优妥)　90 mg　口服　每日1次

亦可选用糖皮质激素

(4) 痛风间歇期和慢性期：

1) 可选用前方

2) 碳酸氢钠(小苏打)　1.0 g　每日服3次(以碱化尿液)

【注意事项】① 早期轻症及单纯性高尿酸血症如及时防治预后良好；如症状严重常引起肢指(趾)畸形、僵直，影响生活质量；如并发肾功能衰竭，预后较差。在50岁以上人群，高尿酸血症或反复发作急性痛风关节炎，有时是肿瘤高代谢的一个表现，疗效不佳或血尿酸与临床症状不相一致时，要注意排除肿瘤。② 非甾类抗炎药种类多，疗效好，但应注意消化道不良反应。③ 糖皮质激素一般不主张使用。④ 排尿酸药体内肌酐清除率<30 ml/min时使用无效，抑制尿酸合成药使用期间应注意监测其可能出现的不良反应。

九、代谢综合征

代谢综合征是心血管疾病的多种代谢危险因素在个体内集结的状态，中间环节是肥胖和胰岛素抵抗。

【诊断要点】国际糖尿病联盟(IDF)2005 年 4 月颁布了新的代谢综合征定义，这是国际学术界第一个代谢综合征的全球统一定义。

IDF 新诊断标准强调以中心型肥胖为基本条件(根据腰围判断)，合并以下 4 项指标中任意 2 项：① TG>150 mg/dl(1.7 mmol/L)，或已接受相应治疗。② 高密度脂蛋白胆固醇(HDL－C)水平降低：男性<40 mg/dl(0.9 mmol/L)，女性<50 mg/dl(1.1 mmol/L)，或已接受相应治疗。③ 血压升高：收缩压≥130 mmHg 或舒张压≥85 mmHg，或已接受相应治疗或此前已诊断高血压。④ 空腹血糖升高：空腹血糖≥100 mg/dl(5.6 mmol/L)，或已接受相应治疗或此前已诊断 2 型糖尿病；若空腹血糖≥100 mg/dl(5.6 mmol/L)，为明确有无糖尿病，则强烈推荐口服葡萄糖耐量试验(OGTT)；但是 OGTT 在诊断代谢综合征时并非必须。

腰围是种族特异性，腰围切点欧洲人男性≥94 cm，女性≥80 cm；美国人仍采用 ATP Ⅲ标准，男性≥102 cm，女性≥88 cm；值得一提的是，中国人腰围切点的确定，主要基于中国上海市和中国香港的流行病学资料(男性≥90 cm，女性≥80 cm)。

【鉴别诊断】① 间质性肥胖(下丘脑综合征)：多具有颅脑外伤、肿瘤或炎症史，常有食欲波动、睡眠节律异常、体温、血压、脉搏易变，性功能减退、尿崩症等，头颅影像学检查、脑电图及其他有关的间脑功能检查可以明确诊断。② 甲状腺功能减退：甲状腺功能检查可鉴别。③ 肾上腺皮质功能亢进(Cushing 综合征)：为向心性肥胖、满月脸、多血质、皮肤薄、微血管脆性增加，实验室检查：皮质醇分泌增多，失去昼夜分泌节律，不能被小剂量地塞米松抑制。

【治疗要点】治疗原则：降糖、降脂、降压及适当减肥。

1. 一般处理　适当控制饮食，增加体力活动，参加适度有氧运动，戒烟酒，适当减肥。

2. 药物治疗　参见肥胖症、脂质代谢紊乱、糖尿病、高血压病等有关章节。

(1) 伴有糖尿病者：

二甲双胍　0.25～0.85 g　口服　每日 3 次

或　阿卡波糖(拜糖平)　50～100 mg　口服　每日 3 次

(2) 伴有高血压微量蛋白尿：① 可选用 ACEI 中的一种，如：

卡托普利(开搏通)　6.25～25 mg　口服　每日 3 次

贝那普利(洛丁新)　5～40 mg　口服　每晚1次

培多普利(雅施达)　2.0～4.0 mg　口服　每晚1次

② 亦可选用血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂的一种，如：

氯沙坦(科素亚)　25～50 mg　口服　每晚1次

缬沙坦(代文)　80 mg　口服　每晚1次

(3) 胆固醇升高为主的血脂异常者，可选用他汀类药物中的一种，参见血脂异常症章节。

(4) 伴甘油三酯升高为主的血脂异常者，可选用贝特类药物中的一种，参见血脂异常症章节。

【注意事项】① 选用药物必须由专科医师确定，并由专科医师制订治疗方案。② 治疗期间应注意监测血压、血糖、血脂、体重的变化，并根据变化，适时调整治疗方案。③ 必须注意本病的中心环节为中心性肥胖及胰岛素抵抗。④ 药物均可能引起一些副作用，应在治疗前先向患者交代清楚。⑤ 他汀类与贝特类降脂药合用宜慎重，最好不要同时使用，避免合用可能导致严重的肌溶解。⑥ 要重视早期治疗及平时的预防，加强体育锻炼，注意调整生活规律、营养结构，定期进行健康检查，不宜盲目减肥、降脂、降糖、降压，疑为本病应尽早找专科医师诊治。

十、 低钾血症

低钾血症是指由于各种病因引起机体总钾量减少，或总钾量虽正常，但钾在细胞内外分布异常，致使血清钾＜3.5 mmol/L。一般认为尿中的K^+主要是由远曲小管和集合管所分泌的，K^+的分泌是一种被动分泌过程，且与K^+的分泌与Na^+的吸收相关联。

【诊断要点】① 常有肾小管酸中毒、禁食、呕吐、腹泻、服用利尿剂(排钾性)病史。② 临床上常表现为肌肉软弱无力、肢体瘫痪、心律失常甚至心脏骤停。③ 血清钾测定、心电图检查有助于诊断。

【鉴别诊断】① 非肾源性低钾：A. 低钾性周期性麻痹：多见于20岁以前的男性，原因不明，发作前常有过劳、饱食等诱因，多于半夜或清晨睡醒时起病，为双下肢轻重不等的软瘫，双侧对称，持续数小时至数日消失，病人恢复正常；B. 甲状腺功能亢进症：常为暂时性低钾，表现为周期性麻痹，伴有高代谢症状、甲状腺肿大、突眼等，血清T_3、T_4增高，TSH降低。② 肾源性低钾：A. 低血钾伴有酸中毒：见于肾小管性酸中毒和糖尿病酮症酸中毒，前者尿酸化功能下降，尿pH＞5.5；后者有多尿、口渴、多饮、疲倦加重，尿酮体阳性，严重者可昏迷；B. 低血钾而血pH正常或伴代谢性碱中毒：如原发性醛固酮增多症、原发性肾素增多症、肾血管性高血压等。

【治疗要点】治疗原则：查明病因，及时纠正低血钾。

药物治疗　轻症可给予富含钾的食品，适当口服补钾，重症需静脉补钾。

(1) 血清钾 3.0～3.5 mmol/L 的患者，可用：

10%氯化钾　10 ml　口服　每日 3 次

或　10%枸橼酸钾　10 ml　口服　每日 3 次

或　补达秀　0.5～1 g　口服　每日 2～4 次

警示：① 如氯化钾有消化道反应时可改用枸橼酸钾。② 轻症一般口服补钾 3～6 日。

(2) 血清钾<3.0 mmol/L，可用：

10%氯化钾　15 ml
生理盐水　500 ml ｜ 静脉滴注　立即

或　31.5%谷氨酸钾　20 ml
5%葡萄糖液　500 ml ｜ 静脉滴注　立即

警示：静脉补钾要注意不宜过快，一般每小时补 20 mmol/L 以内(相当于氯化钾 1.5 g)，浓度<40 mmol/L，不超过 8 g/d，严禁静脉推注。

【注意事项】① 加强电解质及心电图监测。② 低钾伴酸中毒或不伴低氯血症者不宜使用氯化钾。③ 肾小管酸中毒补钾时不宜用葡萄糖液稀释。④ 见尿补钾，补钾时每日尿量应>700 ml。

十一、类风湿性关节炎

类风湿关节炎(RA)是指以对称性多发性关节炎为主的，以大小关节肿痛为特征的一种慢性全身性自身免疫性疾病，晚期关节挛缩、强直、畸形，同时可累及多个器官。中国人发病率 0.3%～0.5%，各年龄均可发病，以 20～40 岁为高峰，病因不明。该病起病缓慢，常先感乏力、低热、食欲减退、手足发冷等全身症状，继则出现对称性关节肿痛、僵硬、活动受限，受累关节，以双手关节(近端指间关节、掌指关节为多)、腕关节、膝关节、踝关节最为多见。表现为"晨僵"，活动后减轻，最后可致畸形，形成爪形手、望远镜手。并可出现多发性神经炎、多发性肌炎和脑血管意外。

【诊断要点】

1. 1987 年美国类风湿的分类标准　具备下列指征 4 条或 4 条以上：① 晨僵超过 1 小时持续 6 周以上。② 对称性关节肿持续 6 周以上。③ 3个或 3 个以上关节肿持续 6 周以上。④ 腕、掌指、近端指间关节持续 6 周以上。⑤ 类风湿结节。⑥ X线手腕关节见骨质破坏。⑦ 类风湿因子阳性。

2. X线关节平片或CT 片分四期　① Ⅰ期：软组织肿胀，骨质疏松。

② Ⅱ期：软骨下骨质轻度侵蚀，关节间隙稍狭窄。③ Ⅲ期：软骨下骨质明显侵蚀、破坏、囊性变，关节间隙明显狭窄。④ Ⅳ期：关节半脱位，关节间隙纤维性、骨性融合。

3. 关节功能分级　依据生活自理（吃饭、穿衣、如厕、洗漱、整理）、职业活动（工作、上学、家务）、非职业活动（娱乐、休闲）的能力分四级：① Ⅰ级：生活自理，职业活动与非职业活动均可正常进行。② Ⅱ级：生活自理与职业活动均可正常进行，非职业活动受限。③ Ⅲ级：生活自理，职业活动与非职业活动受限。④ Ⅳ级：生活自理、职业活动与非职业活动均丧失。

【鉴别诊断】① 骨性关节炎：骨性关节炎多见于50岁以上患者。关节痛不如类风湿性关节炎明显，且运动后痛，休息后缓解为特点；累及负重关节如膝关节、髋关节为主，手指则以远端指关节出现骨性增生和结节为特点；血沉增快者较少，类风湿因子阴性。② 银屑病关节炎：本病多发生于皮肤银屑病变后若干年，有30%～50%的患者表现为对称性多关节炎，但是多累及远端指关节处，引起该关节的附着端炎和手指炎；同时可有骶髂关节炎和脊柱炎；类风湿因子阴性。③ 系统性红斑狼疮：部分患者以手指关节肿痛为首发症状，但关节病变较类风湿关节炎轻，关节外系统性症状如蝶形红斑、脱发、蛋白尿较突出；血清抗核抗体、抗双链DNA抗体多阳性，补体低下则在早期出现。④ 其他病因的关节炎：风湿热的关节炎，肠道感染后或结核感染后反应性关节炎，均有其原发病特点。如风湿热多见于青少年，为四肢大关节游走性肿痛，很少出现关节畸形；关节外症状有明确链球菌感染史，发热、心肌炎、皮下结节、环形红斑等，血清抗链球菌溶血素O滴度升高。

【治疗要点】治疗原则：免疫物清除，防治后遗症、并发症，加强关节功能锻炼，提高生活质量。

1. 一般治疗　包括热疗、磁疗、蜡疗、水疗、针灸及中西医结合治疗、超短波、远红外治疗、功能训练、血浆转换术、免疫生物学治疗等。

2. 药物治疗

(1) RA关节肿痛、僵硬、发热：

双氯芬酸（英太青）　50～100 mg　每日服2次

或　奥斯克（双氯芬酸＋米索前列醇）　50～100 mg　每日服2次

或　芬必得（布洛芬缓释胶囊）　0.3～0.6 g　每日服2次

(2) 治疗RA的二线药：

金诺芬（瑞得）　3 mg　口服　每日2次　3个月后3 mg　口服　每日1次

环孢素A(CyA)　25～50 mg　口服　每日3次　3个月后渐减量

(3) RA缓解期：

雷公藤多苷(TWH) 20 mg 口服 每日2～3次

或 正清风痛宁 40～60 mg 口服 每日3次

(4) RA关节肿痛伴心、肺、血液、神经损害明显者：

泼尼松 7.5～10 mg 口服 每日1次

甲泼尼龙	40～120 mg	静脉滴注 每日1次
5%葡萄糖注射液	500 ml	连用3～7日

【注意事项】① 本病预后与治疗及时有关，治疗及时预后尚好，治疗不及时不仅引起畸形，影响关节功能，影响生活质量，还可能累及重要脏器，甚至于并发感染。② 抗风湿药长期应用易发生重要脏器损害，有时不良反应明显重于RA本身的变化。③ 糖皮质激素的应用应慎重掌握用药指征。

十二、 系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮(SLE)是指一种累及全身多个系统、血清中存在多种自身抗体的自身免疫性疾病。它是一种终身性疾病，常呈发作与缓解交替出现的病程，极易并发狼疮肾炎、狼疮性肝炎、狼疮性脑病、狼疮性关节炎、心包炎、皮疹、神经炎、血管炎等。我国发病率为40/10万～80/10万，以育龄妇女多见。大多以发热起病，表现为全身大小关节疼痛、肌痛、肌无力、肾损害等。

【诊断要点】我国风湿病学会1987年上海诊断标准：① 蝶形红斑或盘状红斑。② 光敏感。③ 口腔黏膜溃疡。④ 非畸形性关节炎或多关节痛。⑤ 胸膜炎或心包炎。⑥ 癫痫样精神症状。⑦ 蛋白尿、管型尿或血尿。⑧ 血白细胞$<4\times10^9$/L或血小板$<100\times10^9$/L或溶血性贫血。⑨ 免疫荧光法抗核抗体阳性。⑩ 抗ds-DNA抗体(+)或LE细胞阳性。⑪ 抗Sm抗体(+)。⑫ C_3降低。⑬ 皮肤狼疮带试验(非皮损部位)(+)或肾活检(+)。上述13项中有4项或4项以上符合者可诊断SLE。

【鉴别诊断】① 原发性肾小球病：SLE早期不典型，6%可表现为肾损害，误诊为原发性肾小球病，应查抗核抗体、抗双链DNA抗体鉴别。② 类风湿关节炎：均有关节肿痛等症状，但类风湿关节炎无皮肤和肾脏损害，实验室检查类风湿因子阳性，而抗核抗体、抗双链DNA抗体阴性。③ 各种皮炎：也可出现相似皮肤改变，但无关节和肾脏病变，无系统性红斑狼疮的实验室异常。④ 药物引起：有些药物如肼屈嗪等，长期服用可引起类似SLE的表现，但无神经系统症状和肾炎，抗双链DNA和抗Sm抗体阴性，血清补体常正常。

【治疗要点】治疗原则：根据病情选择治疗方案;并不断进行调整。

1. 生活保健　急性活动期患者应卧床休息，平时注意避免阳光直晒、感染、妊娠、染发等诱发狼疮活动的因素，定期随诊不断调整治疗方案，在妊娠、分娩、手术等特殊情况时必须由专科医师配合监护治疗。注意监测体温、出血、排尿和皮肤黏膜、关节及主要脏器改变。

2. 饮食调养　热盛阶段宜进清凉的流质、半流质，忌用辛辣温燥食品，如辣椒、牛肉、羊肉、马肉、韭菜、洋葱等，禁烟酒，并注意不食用芹菜、蘑菇及烟熏食品。

3. 药物治疗　常选用泼尼松、羟氯喹、环磷酰胺、吲哚美辛(消炎痛)、双氯芬酸(扶他林)、麦考酚酸酯(骁悉)、雷公藤多苷、环孢素 A 等，糖皮质激素为首选。目前尚缺乏根治疗法。

(1) SLE 轻症患者：

泼尼松　30 mg/d　分 3 次服用　4～6 周后按用药规范逐渐减量

磷酸氯喹　0.25 g/d

或　羟氯喹　0.2 g/d　4 周后减量为每周服 2～5 日维持

双氯芬酸(扶他林)　25 mg　口服　每日 3 次

(2) SLE 较重患者：

泼尼松　50～60 mg/d　分 3 次服用　6～8 周后每周递减 5 mg

环磷酰胺　0.5～1 g | 静脉滴注　每 3～4 周 1 次

生理盐水　100 ml | 6 个月后改为每 3 个月 1 次　用至 2 年

(3) SLE 危重患者：

甲泼尼龙　0.5～1.0 g/d　静脉滴注　连续 3 日以后

改　泼尼松　每日 1～2 mg/kg　如病情需要 2 周后可再重复冲击治疗 1 次

环磷酰胺　0.5～1.0 g | 静脉滴注　在上述基础上

生理盐水　100 ml | 加用每 3～4 周 1 次

丙种球蛋白　每日 200～400 mg/kg　静脉滴注　连续 5 日　在上述基础上加用　以后每 3～4 周可用 1 日量，维持治疗 5～6 个月

【注意事项】① 本病目前尚不能根治，因而必须密切观察，不断调整治疗方案。② 环磷酰胺、硫唑嘌呤等细胞毒性药物不良反应较大，应注意观察。③ 糖皮质激素为首选用药之一，但必须注意严格按照用药规定。④ 本病致死除与疾病的活动有关外，主要和免疫抑制剂治疗，特别是与使用大剂量激素有关，因而如何正确选择糖皮质激素用量，进一步开发新的免疫抑制剂治疗，是提高本病存活率和改善生活质量的关键。

(何　畏)

第七节　神经系统疾病

一、面神经炎

面神经炎是指病因不明的、面神经管内面神经的急性非化脓性炎症，所致的单侧周围性面神经麻痹，又称贝尔麻痹(Bels Palsy)。

【诊断要点】① 急性起病，可伴耳后乳突区、耳内和下额角疼痛，常为单侧，症状于数日或1～2日达高峰。② 临床表现为一侧表情肌的完全性瘫痪，额纹消失，眼裂变大，闭目不紧或闭合不全；同侧鼻唇沟变浅，露齿口角偏向对侧，鼓腮漏气，咀嚼时食物残渣常滞于病侧齿颊之间。③ 常伴流涎流泪、病侧瞬间动作明显减弱或消失。

【鉴别诊断】① 急性感染性脱髓鞘性多发性神经病：可有周围性面瘫，但多为双侧性，有对称性肢体瘫痪及脑脊液蛋白-细胞分离现象。② 各种中耳炎、迷路炎、乳突炎等并发的耳源性面神经麻痹，多有原发病的特殊症状及病史。③ 后颅窝的肿瘤或脑膜炎引起的周围性面瘫，大多起病缓慢，且有其他脑神经受损或原发病的表现。

【治疗要点】治疗原则，减轻面神经水肿与压迫，改善局部血流循环，促进功能恢复。

1. 一般治疗　急性期在茎乳孔附近行超短波透热疗法或局部热敷。病后7～8日可用碘离子透入治疗。恢复期进行针灸治疗。严重的面神经炎由于眼睑闭合不能，瞬间动作及角膜反射消失，使角膜长时间外露，易导致眼内感染特别是角膜损害，为此要加强护理，注意不宜吹风和持续用眼，外出或睡眠时使用眼罩或眼膏保护。在康复训练方面，须在专科医师的指导下，只要病侧面肌能活动即可开始自我功能训练，同时注意预防眼部合并症。

2. 药物治疗

(1) 面神经炎急性期，可用：

地塞米松	10～15 mg	静脉滴注　每日1次
5%葡萄糖注射液	250 ml	连用7～10日

或　泼尼松　30～60 mg　每日晨服1次　连用7～10日

(2) 轻症面神经炎，可用：

维生素 B_1　100 mg　肌内注射　每日1次　连用7～10日后改口服

维生素 B_{12}　250～500 μg　肌内注射　每日1次　连用7～10日

或　弥可保(甲基维生素 B_{12})　500 μg　肌内注射　每日1～2次　连用7～10日后改口服

(3) 辅助面瘫治疗:

地巴唑　10 mg　口服　每日 3 次

或　新斯的明　15 mg　口服　每日 3 次

(4) 带状疱疹病毒引起的面神经炎,可用:

阿昔洛韦(无环鸟苷)　200～600 mg　口服　每日 3 次　7～10 日为 1 疗程,严重时可用更昔洛韦静滴治疗。

【注意事项】① 对起病 1 年或以上仍未恢复者可考虑行整容手术,如行面-舌下神经或面-副神经吻合术。② 本病如治疗及时,处理得当,一般预后良好。如治疗不及时或病情较重,常留有后遗症面瘫或面肌痉挛。面肌痉挛是少见的后期并发症,治疗较困难,可试用卡马西平 0.1 g 口服每日 2～3 次或苯妥英钠 0.1 g 口服每日 3 次,还可用小剂量肉毒杆菌毒素治疗。但必须在专科医师指导下使用。

二、 老年性痴呆综合征

老年性痴呆综合征是一种常见的老年性疾病,包括阿尔茨海默病(AD)、血管性痴呆、路易体痴呆、额颞痴呆等,其中以阿尔茨海默病和血管性痴呆最为常见。本节着重探讨的是阿尔茨海默病和血管性痴呆的诊断、治疗。

【诊断要点】① 老年性痴呆常于 65 岁以后隐匿起病。② 早期表现为逐渐发生的记忆障碍,随后出现认知障碍、精神障碍。③ 检查时发现患者表现坐立不安、易激动、少动、个人卫生不佳。一般视力、视野保持相对完整,无锥体束征和感觉障碍;步态一般正常,后期可出现小步、平衡障碍。④ 辅助检查尚无确诊阿尔茨海默病的特殊检查,神经心理学检查及相应量表对其诊断起重要作用。

【鉴别诊断】① 血管性痴呆多伴随脑血管事件突然发生,表现为认知功能障碍和抑郁等情绪改变;病情呈阶段性加重,每次卒中后症状进一步恶化;局灶性神经功能缺损的定位体征,如失语、偏瘫、偏盲、感觉障碍及锥体束征等提示皮层及皮层下功能障碍。CT 或磁共振成像检查证实存在多发性脑缺血病变。② 正压性脑积水:痴呆发展较快,颅内压不高,双下肢步态失调,走路不稳,尿失禁,CT、MRI 示脑室扩大显著,皮质萎缩不明显。③ 假性痴呆:其记忆力改变较 AD 突然,且程度较轻,不再发展,按抑郁症治疗可获改善。

【治疗要点】治疗原则:阿尔茨海默病目前尚缺乏特效治疗要点,主要为对症治疗。

1. 一般治疗　康复治疗及社会参与:鼓励患者尽量参加各种社会日常活动,维持生活能力,加强家庭和社会对患者的照顾、帮助和训练。

2. 药物治疗　根据病情选用改善脑血流和糖代谢、改善认知功能药物、神经保护性药物。

(1) 一般可用:

都可喜　1片　口服　每日2次

或　吡拉西坦(脑康复)　0.8 g　口服　每日3次

他克林　40 mg　口服　每日1次

或　石杉碱甲　5～10 mg　口服　每日1次

多奈哌齐　5 mg　口服　每日1次

他克林是美国第一个批准使用治疗阿尔茨海默病的药物,开始给药40 mg/d,每6周增加每日剂量40 mg/d,80～160 mg/d以上时才有效,但有较严重肝脏毒性作用,需定期复查肝功能。

(2) 轻症可用:

毒扁豆碱　2～2.5 mg　餐后口服　每日4～5次　禁用于消化性溃疡

(3) 改善脑代谢可用:

肠溶阿司匹林　50～100 mg　口服　每日1次

吡拉西坦(脑康复)　0.8 g　口服　每日3次

氟桂利嗪(西比灵)　5～10 mg　口服　每日1次

【注意事项】① 阿尔茨海默病尚无有效治疗方法,但早期诊断本病,早期用药,能延缓本病的发展。血管性痴呆相对疗效及预后较好,故对其早期诊断和早期治疗具有重要意义。② 阿尔茨海默病程通常持续5年或以上,患者常死于肺部感染、压疮等并发症。③ 本病是一个世界性的难题,面临人口老龄化,AD必须引起社会的极大关注。④ Hachinski评分:如大于7分必须引起重视,详见表2-7-1。

表2-7-1　Hachinski评分

特　点	评　分
1. 突然发病	2
2. 阶梯式恶化	1
3. 波动式病程	2
4. 夜间精神错乱	1
5. 人格保持良好	1
6. 抑郁	1
7. 躯体疾患	1
8. 情感不稳定	1
9. 高血压史	1
10. 卒中史	2
11. 伴动脉硬化	1
12. 局灶性神经系统症状	2
13. 局灶性神经系统体征	2

三、帕金森病

帕金森病(PD)又名震颤麻痹,是一种常见的中老年人神经系统变性疾病。大部分在60岁以后发病。其起病隐匿,缓慢发展,逐渐加剧,临床

主要表现为静止性震颤、肌强直、运动迟缓、姿势步态异常、植物神经症状。辅助检查：血、脑脊液常规化验均无异常，CT、MRI 检查亦无特征性所见。目前采用 1967 年 hoehn－Yahr 分期：Ⅰ期：单侧身体受影响，功能减退很小或无减退；Ⅱ期：身体双侧或中线受影响，但没有平衡功能障碍；Ⅲ期：直立位反射，当转动身体时出现明显的站立不稳；Ⅳ期：严重的无活动能力，但患者仍可自己走路和站立；Ⅴ期：卧床不起或坐轮椅。

【诊断要点】① 中老年发病，病程缓慢进行。② 强直性震颤、肌强直、运动迟缓、姿势步态障碍，症状不对称。③ 左旋多巴治疗有效。④ 无眼外肌麻痹、小脑体征、直立性低血压、锥体束损害和肌萎缩。4 项中至少具有 2 项，前 2 项必具 1 项。

【鉴别诊断】① 老年性震颤：A. 震颤幅度小，频率快；B. 震颤出现于随意运动中；C. 肌张力不变；D. 安坦治疗无效。② 家族性或良性震颤：A. 震颤在随意运动时加重，静止时减轻；B. 有家族史；C. 肌张力正常；D. 饮酒或用心得安治疗可使震颤减轻；E. 安坦治疗无效。③ 甲状腺功能亢进：A. 患者年龄轻；B. 震颤幅度小，频率快；C. 肌张力正常；D. 有甲亢的症状与体征。④ 继发性 PD 与原发性 PD 的鉴别：A. 有明确的病因，如脑炎、中毒、颅脑外伤、应用药物史；B. 有相应原发病的症状与体征。

【治疗要点】治疗原则：以药物治疗为主，康复治疗、外科治疗为辅。

1. 一般治疗　康复治疗作为辅助手段对改善症状可起到一定作用，对患者进行语言、进食、走路及各种日常生活的训练对改善生活质量十分重要。晚期卧床者应加强护理，减少并发症的发生。目前开展的立体定向手术，如 γ 刀治疗、细胞刀治疗等取得了一定的效果。

2. 药物治疗

(1) 震颤明显且年龄较轻的患者，可用：

　　安坦(苯海索)　2 mg　口服　每日 3 次

或　苯甲托品(苄托品)　1 mg　口服　每日 3 次

(2) 本症震颤、肌强直、运动迟缓者，可用：

　　左旋多巴　最初剂量为 250～500 mg/d，分 2～3 次服用，以后每隔 3～5 日增加 50～500 mg/d，直至疗效显著而副作用轻为度，最适剂量 2～4 g/d，分 4～6 次服用。

或　美多巴　62.5～250 mg　口服　每日 2～4 次

或　溴隐亭　自小剂量 1.25 mg/d 开始，缓慢增加，维持量为 15～20 mg/d。

警示：① 美多巴从 62.5 mg 开始，每日 2～3 次，视症状控制情况增至 125 mg，每日 3～4 次，但不应超过 250 mg，每日 3～4 次。② 其空腹用药疗效好，一般主张餐前 1 小时或餐后 2 小时服药。

【注意事项】① 药物治疗应从小剂量开始，缓慢递增，尽量以较小剂量取得较满意疗效；治疗方案强调个体化，即根据患者的年龄、症状类型、严重程度、就业情况、药物价格和经济承受能力等选择药物。② 对于药物治疗失败、不能耐受或出现运动障碍（异动症）的患者可考虑进行立体定向手术治疗，如γ刀或细胞刀等治疗。③ 左旋多巴副作用大，故临床上常用复方多巴，即左旋多巴加周围氧基酸脱羧酶抑制剂，以减少副作用。

四、重症肌无力

重症肌无力（MG）是一种神经-肌肉接头处传递障碍，以横纹肌无力为特征的自身免疫性疾病，临床表现为某些横纹肌的异常，容易疲劳，多侵犯眼外肌、咀嚼肌、吞咽肌、颈肌、四肢肌和呼吸肌，运动时无力加重。

【诊断要点】① 女性多于男性，任何年龄均可发病。② 首发症状多为一侧或双侧眼睑下垂、斜视和复视。③ 临床特征为部分或全身骨骼肌易于疲劳，呈波动性肌无力，常具有活动后加重，休息后减轻和晨轻暮重，重症者可因呼吸麻痹或继发吸入性肺炎而死亡。④ 疲劳试验、新斯的明试验、腾喜龙试验有助于确诊该病。⑤ 血液 AchR 抗体滴度明显增高。⑥ 重症肌无力危象是指急骤发生呼吸肌无力，以致不能维持换气功能，如不及时抢救，可危及生命。抢救时首次注射新斯的明，若无效，应立即行气管切开，切莫延误。

【鉴别诊断】① 多发性肌炎：A. 以肌肉损害、皮肤损害为主要症状，常为四肢近端肌肉无力；B. 肌肉活检 30%～40%时患者含肌炎特异性抗体；C. AKP、LDH、ALT、AST 增加；D. 肌肉萎缩不明显。② 急性感染性脱髓鞘性多发性神经病：A. 有周围性面瘫；B. 有对称性肢体瘫痪；C. 脑脊液呈现蛋白-细胞分离现象。

【治疗要点】治疗原则：注重病因治疗，予抗胆碱酯酶药物控制症状。

1. 一般治疗　注意休息，避免使用普鲁卡因、普萘洛尔（心得安）、苯妥英钠、四环素和氨基糖苷类抗生素等破坏神经肌肉传递的药物。

2. 药物治疗　根据病情选用抗胆碱酯酶药物，糖皮质类激素。

（1）眼肌型及轻度全身型肌无力者，可用：

吡啶斯的明　60 mg　口服　每日 4～6 次

（2）对抗胆碱酯酶药物不敏感及已行胸腺切除术的患者，可用：

泼尼松（强的松）　60～80 mg　口服　隔日早晨 1 次

警示：本处方采用的是大剂量递减隔日疗法，隔日服泼尼松 60～80 mg/d 开始，症状改善多在 1 个月内出现，常于数月后疗效达高峰，此时可逐渐减少剂量，直到隔日服 20～40 mg/d 的维持量。

【注意事项】① 多数患者用药物治疗可获得较好疗效，少数患者可因

呼吸道并发症如吸入性肺炎而死亡，应引起重视。② 乡镇医院可在上级医院指导下，密切观察病情变化，亦可对患者采用针灸、推拿及中西医结合治疗。③ 糖皮质激素的应用非常重要，可采取大剂量短程疗法，大剂量冲击小剂量维持疗法，地塞米松中剂量冲击疗法、泼尼松小剂量维持疗法，可根据病情选择。

五、 脑梗死

脑梗死又称缺血性脑卒中，包括脑血栓形成，腔隙性梗死和脑栓塞，是神经系统最常见的疾病。脑梗死致残率高，多见于中老年人，一般在安静状态急性起病。其根据闭塞血管的部位不同出现相应的神经功能缺失症状；如偏瘫、失语、偏盲、一侧肢体麻木、流涎、口齿不清、眩晕、呕吐、复视、共济失调等，大面积脑梗死或脑干梗死还可产生意识障碍。早期磁共振检查可发现病灶，CT 在 12 小时后能发现梗死灶。其一般于起病 3 周后进入恢复期。

【诊断要点】① 发病者年龄较大。② 有高血压及动脉硬化病史。③ 发病前可有 TIA。④ 常在安静状态下发病，通常在醒后出现症状。⑤ 症状常在数小时或更长时间内逐渐加重。⑥ 多数患者意识清楚，而面瘫、失语等神经局限性体征明显。⑦ 脑脊液多数正常。CT 检查早期正常，24～48 小时后出现低密度灶。MRI 可早期诊断。

【鉴别诊断】脑梗死与脑出血的鉴别诊断见表 2－7－2。

表 2－7－2　脑梗死、脑出血鉴别诊断

	脑 梗 死	脑 出 血
发病情形	常在安静情况下发病	常在活动情况下或情绪激动或饮酒后发病
发病前病史	有高血压及动脉硬化史	有高血压及颅脑外伤史
意识	大多清楚	有不同程度的意识障碍
加重	常在发病后数小时加重	发病后进行性加重
脑脊液	正常	血性脑脊液
CT、MRI	早期 CT 可正常，MRI 早期即有改变	早期 CT 即可诊断

【治疗要点】治疗原则：做好恢复期药物治疗，重视康复治疗，加强预防性治疗，减少脑梗死的复发。

1. 一般治疗　康复治疗指导对患者进行体能和技能训练以降低致残率。对高血压、高血脂、糖尿病等患者相应控制血压、降低血脂、控制血

糖等治疗，减少脑梗死复发。

2. 药物治疗

(1) 本病发病 3～6 小时，可用：

组织型纤溶酶原活剂(tpA)　0.9 mg/kg (最大剂量 900 mg)　总量的 10%静脉注射　其余为静脉滴注　持续 1 小时

或　东菱克栓酶　10 U
　　生理盐水　100 ml　静脉滴注　每日 1 次　连续 3 次

(2) 本病发病 3～14 日，可用：

尼莫地平　20 mg　口服　每日 3 次

或　氟桂利嗪(西比灵)　5 mg　口服　每晚 1 次

或　都可喜　40 mg　口服　每日 2 次

(3) 脑梗死患者恢复期治疗：

肠溶阿司匹林　50～150 mg　口服　每日 1 次

或　氯吡格雷　75 mg　口服　每日 1 次

活血通脉片　2 片　口服　每日 3 次

(4) 脑梗死患者的预防性治疗：

肠溶阿司匹林　50～150 mg　口服　每日 1 次

或　氯吡格雷　75 mg　口服　每日 1 次

【注意事项】① 必须认识到脑梗死是一种急症，力争在起病 6 小时内到有条件的医院进行早期溶栓治疗，能明显降低患者的病死率、致残率，减少花费。② 腔隙性脑梗死有时无临床表现，常在 CT 检查时发现，加强监测甚为重要。如发现颅内压升高可用清开灵、醒脑静及脱水剂 20%甘露醇 250 ml 静脉滴注，每日 2 次。③ 早期加强对高血压病的控制和应用抗血小板聚集药对防止本病有重要意义。④ 出血性脑梗死应立即停用抗凝、溶栓、抗血小板及扩血管药物，积极控制血压、稳定血压、消除脑水肿。

六、 脑出血

脑出血是指非外伤性脑实质出血，常由于脑内血管病变、坏死、破裂而引起的出血。绝大多数是高血压病伴发脑小动脉在血压骤然升高时发生破裂出血，故又称其为高血压性脑出血，破裂常见于大脑中动脉、各叶的皮质下白质、脑干及小脑。

【诊断要点】① 有高血压或外伤史。② 年龄在 50 岁以上。③ 临床主要表现为：突发性头痛、反复呕吐，继而出现偏瘫，双眼向患侧凝视，说话不清楚或失语，呈进行性加重，数分钟或几小时达高峰，重者很快出现意识障碍，晚期呈去脑强直。出血量大或部位重要，可引起死亡。临床上常分为基底节区出血、脑叶区出血、小脑出血、脑室出血等类型。④ CT检

查有助于诊断。

【治疗要点】治疗原则：保持安静，防止继续出血，积极抗脑水肿、减低颅压，严密监护，防治并发症。

1. 一般治疗　急性患者避免搬动、避免颠簸，绝对卧床，保持呼吸道通畅，及时应用降压药，控制血压在 165/95 mmHg 左右，不可降得太快、太低，常选用利血平、呋塞米（速尿）等；为控制脑水肿常选用甘露醇、地塞米松脱水；尚可选用止血剂。注意合理输液，无鼻饲时，一般为 1 500～2 000 ml/d。

2. 恢复期要进行康复治疗。

3. 药物治疗

（1）小量脑出血、神志清者，可用：

吡拉西坦（脑康复）　4～8 g
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　每日 1 次

或　氨基己酸　10～12 g
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　每日 1 次

（2）中等量脑出血，神志清，有颅高压表现者，可用：

尼莫地平（尼莫同）　10 mg
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　每日 1 次

或　20%甘露醇　150～250 ml　静脉滴注　每日 1 次或每 6 小时 1 次　应用不宜超过 1 周

（3）大量脑出血或脑干、小脑出血，昏迷、呕吐者，可用：

甘油果糖　250 ml　静脉滴注　每日 1 次或每 6 小时 1 次

4. 危重患者可考虑手术治疗，适应证为　① 小脑出血，出血量≥10 ml，或直径≥3 cm，或有脑干受压征。② 壳核出血≥30 ml 或可能形成脑疝。③ 丘脑出血≥15 ml，病情继续恶化者。

【注意事项】① 本病预后决定于出血部位、出血量及是否有合并症。小量脑出血经治疗后可明显好转，甚至恢复工作；大量脑出血病死率高，多在发病后数小时内因脑疝死亡，昏迷 1 周以上者常有合并症；部分患者留有后遗症。② 治疗过程中应防止感染及早选用抗生素，并注意防治应激性溃疡。若合并上消化道出血，可适当选用止血药，如止血敏或安络血等。③ CT 能帮助早期明确诊断，确定出血部位、出血量，对指导手术极为重要，但存在此类病人做 CT 存在搬动的风险，必须加强医患沟通，为此酿成医患纠纷的事屡有发生，值得重视。

七、短暂性脑缺血发作

短暂性脑缺血发作（TIA）时指由于颈内动脉或椎-基底动脉系统短暂的血液供应不足，引起突然发生几分钟至几小时的局灶性神经功能缺

失，常在发作后24小时完全恢复，偶可复发，是中风（脑卒中）的报警信号。

【诊断要点】① 年龄在50岁以上。② 常有高血压及动脉硬化史。③ 本病可分为两种类型，一种为颈内动脉供血不足型，表现为一过性单眼黑矇、视野缺损、单肢或偏身感觉障碍，或一过性失语、失用、失读、失写等；另一种为椎动脉供血不足型，表现为一过性眩晕、呕吐、视物成双、构音障碍及跌倒等。④ DSA对诊断和鉴别诊断有帮助。

【治疗要点】治疗原则：治疗原发病对症处理，防治并发症。

1. 一般治疗　注意戒烟、戒酒，加强对高血压、糖尿病、血脂异常的治疗，保持心情舒畅。

2. 药物治疗　对症用药并尽早使用脑保护药及抗血小板聚集药。

（1）脑保护治疗可用：

尼莫地平　20～40 mg　口服　每日3次

或　尼卡地平　20～40 mg　口服　每日3次

或　吡拉西坦（脑康复）　400～800 mg　口服　每日2～3次

（2）预防性治疗可用：

肠溶阿司匹林　0.1～0.2 g　口服　每日1次

警示：① 餐后服用。② 不宜用复方阿司匹林代替本品。③ 禁用于消化道溃疡患者。④ 注意观察出血倾向，如牙龈出血、皮下瘀斑等。

噻氯匹定　250 mg　餐时服　每日或隔日1次

警示：① 可引起腹泻、食欲不振、皮疹、消化性出血和白细胞减少、ALT升高、出血时间延长，应注意复查。② 慎用于消化性溃疡、血小板减少症及黄疸或肝功能损害的患者。

【注意事项】① 频繁发作者应及时至专科医院诊治，因本病常为脑梗死的前兆。② 如阿司匹林应用有不良反应，可改用潘生丁25～50 mg，口服每日1次，或两者交替服用。最近发现噻氯吡啶是一种优于阿司匹林，疗效较显著血小板抑制剂，特别适用不能使用阿司匹林或使用阿司匹林无效者。③ 抗凝治疗并不推荐常规使用。④ 外科手术治疗：适用于药物治疗无效，有高度颈动脉狭窄者。

八、癫痫

癫痫是一组临床症群，其本质为中枢神经系统某一部位的神经元病态过度放电引起短暂的中枢性神经系统功能失常。

【诊断要点】① 常有反复发作史、感染史、中毒史及外伤史。② 临床表现为意识、运动、感觉、自主神经、精神活动的障碍，一般具有反复发作，每次发作类似的特点，常见形式有两大类：A. 部分性发作。B. 全面性发

作。③ 发作时查脑电图可助确诊。按照病因分类，癫痫可分为特发性和症状性两大类。特发性癫痫由遗传因素所致，药物治疗效果相对较好；症状性癫痫主要是颅内病变，损伤所致，药物治疗效果相对较差。

【鉴别诊断】① 癔症发作：A. 常为精神刺激的因素诱发；B. 发作时无意识丧失，无瞳孔改变，对光反应正常；C. 无大小便失禁，无撞伤；D. 抽搐无规律性，历时较长；② 晕厥：A. 有情感或刺激史；B. 多有脱水、出血、持久站立、排尿、咳嗽时发生；C. 发作时脸色苍白，眼前发黑，出冷汗，且意识和体力恢复较慢。

【治疗要点】治疗原则：对症状性癫痫必须仔细查找病因给予相应处理，对原发性癫痫或无特殊治疗的症状性癫痫应控制发作。

1. 一般治疗：防治跌伤、咬舌及骨折，防止对其他人攻击，加强护理，密切观察急性变化，一旦出现持续状态，立即组织抢救。

2. 药物治疗：根据不同类型的癫痫使用不同的抗癫痫药。

(1) 部分性发作的治疗，可用：

卡马西平　0.1 g　口服　每日 3 次
或　苯妥英钠 0.1 g　口服　每日 3 次
或　丙戊酸钠 0.25 g　口服　每日 3 次
或　托吡酯　25 mg　口服　每日 2 次

(2) 单纯性失神发作的治疗，可用

乙琥胺　0.25 g　口服　每日 2 次
或　丙戊酸钠　0.25 g　口服　每日 3 次

(3) 全身强直性阵挛发作的治疗，可用：

卡马西平　0.1 g　口服　每日 3 次
或　苯妥英钠　0.1 g　口服　每日 3 次
或　加巴喷丁　0.3 g　口服　每日 3 次

(4) 强直发作的治疗，可用：

卡马西平　0.1 g　口服　每日 3 次
或　苯妥英钠　0.1 g　口服　每日 3 次
或　丙戊酸钠　0.25 g　口服　每日 3 次
或　托吡酯　25 mg　口服　每日 2 次

(5) 肌阵挛发作的治疗，可用：

丙戊酸钠　0.25 g　口服　每日 3 次
或　乙琥胺　0.25 g　口服　每日 2 次
或　拉莫三嗪　25 mg　口服　每日 2 次

(6) 癫痫持续发作，可用：

地西泮　10～20 mg　静脉注射，随后给

地西泮　100 mg
生理盐水　500 ml　静脉滴注

(7) 失张力和不典型失神发作的治疗，可用：

丙戊酸钠　0.25 g　口服　每日 3 次

或　拉莫三嗪　25 mg　口服　每日 2 次

【注意事项】① 癫痫诊断一旦确定，原则上均应积极药物治疗，但是有些每年或数年才发 1 次的患者，应当平衡药物疗效与不良反应的关系，选择观察，随访。② 按照癫痫的发作类型选择合适的抗癫痫药物。各型癫痫发作时选药次序是：A. 单纯部分性发作：首选卡马西平，以下依次为苯妥英钠、苯巴比妥；B. 复杂性部分发作：首选卡马西平，以下依次为苯妥英钠、苯巴比妥、丙戊酸钠；C. 全身强直、阵挛性发作，首选丙戊酸钠，以下依次为苯妥英钠、卡马西平、扑痫酮、苯巴比妥；D. 青春期肌阵挛发作：首选丙戊酸钠，以下为乙琥胺、氯硝西泮。③ 一旦开始服药，必须坚持长期服药，直至癫痫完全控制，并仍继续服药 3～5 年后，才可能停药，减药过程常需 1 年左右，不能随意减量或停药，以免发生癫痫持续状态。④ 对难治性癫痫及儿童癫痫转专科医院治疗。

第八节　精 神 疾 病

一、精神分裂症

精神分裂症是一组病因未明的常见的精神疾病。遗传因素、社会环境因素、心理素质和个性特征以及精神刺激因素等易诱发本症的发生。本症多起病于青壮年，常缓慢起病，患者在意识清晰，智能完好的情况下出现思维、情感、意志、行为等方面的障碍以及精神活动的不协调，病程至少持续 1 个月，有助本症的诊断。有的患者在疾病过程中可出现认知功能损害。患者有幻觉、妄想时，可发生伤人、毁物、自伤自杀等危害后果，应及时送专科医院治疗。自然病程多迁延，呈反复发病、加重或恶化倾向，但部分患者可保持痊愈或基本痊愈状态。排除器质性精神障碍，以及精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍。精神病的致残率颇高，据权威调查资料表明约占精神患者总数的 45%，尤其是精神分裂症，更易导致精神残疾。因此，对本症的早发现、早诊断、早治疗和康复期的巩固治疗，尤为重要。

【诊断要点】

1. 根据《中国精神疾病分类与诊断标准》，精神分裂症诊断标准为：① 症状标准，至少有下列症状的 2 项：① 反复出现的言语性听幻。② 明

显的思维松驰、思维破裂、言语不连贯，或思维贫乏。③ 思想被插入，被抽走，被播散，思维中断，或强制思维。④ 被动、被控制、或被洞悉体验。⑤ 原发性妄想，或其他荒谬的妄想。⑥ 思维逻辑倒错，象征性思维，或语同新作。⑦ 性感倒错，或性感淡漠。⑧ 紧张综合征，行为怪异，或愚蠢行为。⑨ 明显的意志减退或缺乏。

2. 严重标准：自知力障碍、社会功能受损、无法进行有效的交谈。

3. 病程标准：症状标准、严重标准至少持续 3 个月以上。

4. 排除标准：以上情况不是出于器质性精神障碍或精神活性物质、成瘾物质所致的精神障碍。本病必须由专科医师作出诊断，其他医师或人员只能做疑似诊断。根据病史一般不难作出鉴别诊断。

【治疗要点】治疗原则：初次发病的精神分裂症患者，最好能够尽快住入精神病专科医院，接受科学、正规、系统的治疗，以便及时控制病情，为今后的康复奠定基础。

1. 一般治疗　① 以抗精神病药物治疗为主，选用合理有效的药物，治疗时间要充足。② 开放管理，有利于精神分裂症患者与社会保持必要的接触，减少和避免精神衰退。③ 在药物治疗同时开展综合性康复措施，如环境治疗、心理治疗、行为治疗等，帮助患者尽快恢复自知力，尽早融入社会，回归社会，最终实现社会康复。

2. 药物治疗

(1) 精神分裂症出现兴奋躁动、思维障碍、幻觉妄想、情感障碍、行为紊乱等症状可用：

氯丙嗪　初始剂量　50～100 mg/d　口服
　　　　治疗剂量　300～600 mg/d　分中午、晚上 2 次口服

治疗宜从小剂量开始，每 4～5 日递增 1 次，每次增加 1～2 片，渐递增至治疗剂量。初次剂量为治疗剂量的 1/4 或 1/3，病情稳定后递减至治疗量的 1/3 或 1/2 维持巩固观察。

或　氯丙嗪　50～100 mg
　　氢溴酸东莨菪碱　0.3 mg　｜　肌内注射　每日 1～2 次（适用于不愿服药患者）

或　氟哌啶醇　初始剂量　0～2～4 mg/d　口服
　　　　　　　治疗剂量　6～20 mg/d　分中午、晚上 2 次口服

或　氟哌啶醇　5～10 mg
　　氢溴酸东莨菪碱　0.3 mg　｜　肌内注射　每日 1～2 次　（适用于拒服药并有冲动行为的患者）

或　奋乃静　初始剂量　0～4～8 mg/d　口服
　　　　　　治疗剂量　16～60 mg/d　分中午、晚上 2 次口服

或　泰尔登　初始剂量　0～25～50 mg/d　口服
　　　　　　治疗剂量　75～600 mg/d　分中午、晚上 2 次口服

或 氯氮平 初始剂量 0～25～50 mg/d 口服
治疗剂量 150～600 mg/d 分中午、晚上 2 次口服
或 利培酮 初始剂量 0～1～2 mg/d 口服
治疗剂量 3～8 mg/d 分早上、中午、晚上 3 次口服

警示：① 一般需长期服药，服用抗精神病药易引起锥体外系反应，一旦出现应立即应用盐酸苯海索拮抗。② 可引起体位性低血压，尤以氯丙嗪为最明显，氯氮平可引起粒细胞减少，应定期复查血常规。③ 长期应用抗精神病药物应定期检查肝功能。

(2) 精神分裂症出现缄默少语、呆滞少动、思维迟缓、反应迟钝、情感淡漠、自责自罪、消极自弃等症状，可用：

舒必利 初始剂量 100～1 000 mg/d 口服
治疗剂量 300～1 000 mg/d 分 2～3 次口服
或 利培酮 初始剂量 1 mg 口服 每日 2～3 次
治疗剂量 2 mg 口服 每日 3 次

(3) 慢性精神分裂症和口服药不合作患者，可用：

哌泊噻嗪棕榈酸酯 50 mg
氢溴酸东莨菪碱 0.3 mg | 肌内注射 每月 1 次
或 氟奋乃静奎酸酯 50 mg
氢溴酸东莨菪碱 0.3 mg | 肌内注射 每月 1 次

【注意事项】① 对本病的诊断由于涉及劳动力、婚姻等政策性很强的问题，应极其慎重，必须由专科医师作出最终诊断。② 针对靶症状选用一种或两种有效药物治疗，如选择两药联用，每种药物治疗量相应减少。不宜多种药物联用，以免增加不良反应和恶性症群的发生。③ 抗精神病药虽无明确的致畸作用，为谨慎起见，最好在怀孕头 3 个月不宜服药。④ 哺乳期妇女不宜服药，如疾病需要服药，婴儿可人工喂养。

二、 癔症

癔症是指一种以解离症状（部分或完全丧失对自我身份识别和对过去的记忆，CCMD-3 称为癔症性精神症状）和转换症状（在遭遇无法解决的问题和冲突时产生的不快心情，以转化成躯体症状的方式出现，CCMD-3 称为癔症性躯体症状）为主的精神障碍，这些症状没有可证实的躯体和脑器质性病变基础。本症具有癔症性人格基础，发病时常说说唱唱、手舞足蹈或顿足捶胸等带有表演色彩的行为紊乱，人多场合发作更剧为临床特征，对本症不难诊断。起病常直接受心理、社会（环境）因素影响，除癔症性精神病或癔症性意识障碍缺乏自知力外，自知力基本完整，疗程多反复迁延，常多见于青春期和更年期女性。

【诊断要点】① 起病常受心理因素影响，病程多反复迁延。② 多见于青春期和更年期，女性较多。③ 可以出现类似任何疾病的症状表现，如分离性障碍、转换型障碍、躯体障碍等，有疾病的模仿家之称。分离型症状持续时间短，易复发，转换型障碍症状持续时间长，复发少。④ 癔症性癫痫发作常发生在情绪激动或受到暗示时突然发生，常屏气或过度换气，问之不答，但并无意识障碍，既非入睡，也非昏迷，一般数分钟即可自行醒转。⑤ 当发生分离性障碍、躯体障碍时，医师应做详细的相关检查，以排除器质性病变。

【鉴别诊断】癔症与癫痫的鉴别诊断见表 2-8-1。

表 2-8-1 癔症与癫痫的鉴别诊断

	癔 症	癫 痫
发病	受情绪与精神影响	受外伤或刺激影响
抽动	手足癔症样短时抽动	多见，持续时间长
情感暴发	具有发泄特点有癔症行为	无情感发泄，无癔症行为
症状与体征	不一致	一般一致
脑电图	无异常	异常
自伤	无	常有
暗示性治疗	有效	无效

反应性精神病鉴别：① 不具有癔症性格特征。② 无表演及夸大的特点。③ 缺乏暗示性。④ 无反复发作史。⑤ 病程持续时间较长。

【治疗要点】治疗原则：心理治疗是关键，药物治疗是手段，心理社会康复是目的。

药物治疗：根据患者的病情予抗焦虑药或小剂量抗精神病药，也可酌用抗抑郁药，并配合心理暗示治疗。

(1) 本症出现情绪激越、焦虑等症状，可用：

地西泮(安定) 2.5 mg 口服 每日 3 次

或 艾司唑仑(舒乐安定) 1～2 mg 口服 每日 3 次

或 阿普唑仑(佳静安定) 0.4 mg 口服 每日 3 次

或 盐酸多塞平(多虑平) 25 mg 口服 每日 3 次

或 地西泮(安定) 10 mg 肌内注射 每日 2 次

(2) 本症如有幻觉、妄想，可用：

氯丙嗪 25 mg 口服 每日 2～3 次

或 奋乃静 2 mg 口服 每日 2～3 次

或 氯普噻吨(泰尔登) 25 mg 口服 每日 2～3 次

警示：① 服药后若出现锥体外系反应，可应用盐酸苯海索拮抗。② 易引起直立性低血压，粒细胞减少，肝损害，用药期间应监测血压、粒细胞及肝功能。

(3) 本症抑郁、消极，可用：

阿米替林　25 mg　口服　每日 2～3 次

或　氯米帕明　25 mg　口服　每日 2～3 次

【注意事项】① 苯二氮䓬类药物(如艾司唑仑等)有依赖作用，不宜长期服用，但如病情需要较长时间服用，可选择同类药中更换交替作用。② 苯二氮䓬类药物有致畸作用，孕妇在怀孕头 3 个月内最好不要服用，哺乳期妇女不宜服用，以免对婴儿产生镇静作用。③ 三环类抗抑郁药(如阿米替林等)不能与单胺氧化酶抑制剂合用；应用上述药物可引起乏力、视物模糊、口渴、便秘、排尿障碍、震颤等不良反应；青光眼患者禁用。④ 要做好疏导工作，并向家属交代清楚病情。因本病引发的医疗纠纷较多，主要表现在：A. 家属不理解；B. 医生交代不清；C. 医患双方对疾病的严重性存在认识差异；D. 对暗示治疗医患双方不配合；E. 对癔症性人格各执一词。

三、 抑郁症

本病是以明显而持久的(至少已持续 2 周以上)心境不舒畅、情绪低落为主的一种精神疾病。临床症状与其处境不相称，早期症状表现为入睡困难、早醒，或睡眠过多；食欲减退或体重明显减轻；性欲减退。逐渐出现情绪低落，闷闷不乐，唉声叹气，寡言少动。自觉乏力，精力减退，力不从心。各种兴趣丧失，无愉快感，思维联想困难，思考能力下降，反应迟钝，负疚感或自责自罪，自我评价过低，有今不如昔之感，因此，对生活失去信心，悲观消极、厌世，反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为。

【诊断要点】① 有遗传、双胎及精神病家族史。② 以情绪抑郁为主要特征，且相对持久，首次发作至少已持续 2 周。③ 起病大多缓慢，常在不知不觉中起病，少数由躯体、精神起病者则可较急，病初表现为失眠、无力、食欲不振、工作能力下降、缺乏生活情趣、情感低落、忧郁寡欢、思维缓慢、思维异常及负罪感。常在早晨加重，下午或晚上减轻。④ 自杀观念，这种自杀往往计划周密，甚至有对周围人实施犯罪凶杀。⑤ 抑郁自评量表、汉弥顿抑郁量表，对诊断及评估疾病的严重程度有助。

【鉴别诊断】① 情感性精神障碍抑郁发作：情绪低落严重，常昼轻夜重，有明显的精神运动性迟滞、自杀企图、体重减轻、早醒等。② 神经衰弱：其特征性表现为易于兴奋与疲劳，有时伴抑郁，但非持久性，且较轻。

【治疗要点】治疗原则：早期诊断，早期心理治疗。

1. 一般治疗　重症抑郁，急性期患者宜尽早住院接受科学、正规、系

统治疗，以免发生自杀等严重后果。早期心理治疗，是减轻症状，预防自杀的有效方法。

2. 药物治疗　推荐分期疗程：发病初期，急性治疗期 6～8 周，继续治疗期 4～5 个月，维持治疗期至少 6 个月至 1 年。治疗期间可能出现一些副作用，但毕竟简便安全。首选阿米替林。

(1) 各种抑郁症状，初始小剂量，渐递增，恢复正常 1 个月后渐递减至初始量维持巩固治疗观察半年至 1 年：

盐酸阿米替林　初始剂量　25 mg　口服　每日 3 次
　　　　　　　治疗剂量　150～300 mg/d　分 3 次　口服
或　盐酸氯米帕明　初始剂量　25 mg　口服　每日 3 次
　　　　　　　治疗剂量　150～250 mg/d　分 3 次　口服
或　米那普林　50 mg　口服　每日 3 次　日剂量<300 mg

(2) 各类难治性抑郁症，可用：

马氯贝安(甲氯苯酰胺)　100～200 mg　口服　每日 3 次

警示：用药后可能出现兴奋、躁狂、眩晕、口中异味、尿频、便秘、恶心、呕吐等不良反应。

【注意事项】① 如治疗及时、得力，预后一般良好，但易复发，故在症状控制后不能突然停药，必须继续治疗，在较长时间内逐步减量，直至停药，如有复发迹象，立即再用药。同时加强心理治疗，避免诱发因素。② 若为第二次发作者，维持治疗期推荐为 1～3 年；若为第三次发作者，应长期治疗，终身服药。③ 改良电抽搐可作为初始治疗，也可在一系列药物治疗失败后治疗。④ 加强医患沟通，严防自杀或凶杀。

四、神经症

神经症是一组主要表现为焦虑、抑郁、恐惧、强迫、疑病症状，或神经衰弱症状的精神障碍。

【诊断要点】① 有一定人格缺陷基础，起病常受心理、社会(环境)因素影响。② 所有症状没有可证实的器质病变基础，与患者的现实处境不相称，但患者对存在的症状感到痛苦和无能为力，促使其主动求医。③ 自知力完整或基本完整，病程多迁延反复。④ 各种神经症性症状或其症状组合可见于感染、中毒、内脏、内分泌或代谢性疾病和脑器质性疾病，称神经症样综合征。病程至少 3 个月。

【治疗要点】治疗原则：确定症状类型及时进行综合性治疗。

1. 一般治疗　生活要有规律，培养随和、豁达、大度、心胸开朗的性格，心理治疗等。

2. 综合性康复治疗　体育疗法、娱乐疗法、聊天和作业疗法，有助于

增强体质和心理承受及应激能力，促进疾病康复。

3. 药物治疗

(1) 焦虑、恐怖性神经症和神经衰弱者，可用：

谷维素　20 mg　口服　每日3次

复方地西泮　1～2片/日　口服

或　地西泮(安定)　2.5 mg　口服　每日3次

或　阿普唑仑(佳静安定)　0.4 mg　口服　每日3次

或　盐酸多塞平(多虑平)　25 mg　口服　每日3次

或　劳拉西泮(罗拉)　1 mg　口服　每日3次

警示：① 苯二氮䓬类药物有依赖作用，不宜长期服用，治疗期间上述药物应更换交替使用。② 上述药物可能有致畸作用，孕妇在怀孕头3个月内最好不要服用。③ 哺乳期妇女不宜服用，以免对婴儿产生镇静作用。如疾病需要服用上述药物，婴儿应改为人工喂养。④ 苯二氮䓬类药物可导致乏力、记忆力减退。

(2) 有抑郁症的神经症者，可用：

舒必利　100～200 mg　口服　每日3次

谷维素　20 mg　口服　每日3次

阿米替林　25～50 mg　口服　每日3次

或　氯米帕明　25～50 mg　口服　每日3次

或　万拉法斯(博乐欣)　25～50 mg　口服　每日3次

或　西酞普兰　20～40 mg　口服　每日早晨1次

警示：① 三环类抗抑郁药不能与单胺氧化酶抑制剂合用。② 上述药物可引起乏力、视物模糊、口渴、便秘、排尿障碍、震颤等反应。③ 青光眼患者禁用。④ 服药期间定期检查肝功能。

(3) 强迫性神经症者，可用：

氯米帕明(氯丙咪嗪)　50～75 mg　口服　每日3次

(4) 疑病性神经症者，可用：

谷维素　20 mg　口服　每日3次

或　万拉法新(博乐欣)　50 mg　口服　每日2～3次

或　舒必利　200 mg　口服　每日3次

或　奋乃静　4～12 mg　口服　每日3次

盐酸苯海索　2 mg　口服　每日3次

或　氯普噻吨(泰尔登)　50 mg　口服　每日3次

或　阿米替林　50 mg　口服　每日3次

【注意事项】① 神经症是一组官能性疾病，心理治疗不但可以缓解症状，还可以能根治。如何加强心理疏导是一个值得探讨的问题。

② 至今尚缺乏特效药，故不宜轻信广告，选用药物应注意其不良反应，并向患者家属交代清楚。③ 综合性康复治疗是目前的一种行之有效的治疗方法。

（樊跃华）

第九节　常见男性性功能障碍

一、男性不育症

男性不育症是指因男性原因婚后 1 年以上使女方不能怀孕，不能生育。常见的原因为性功能障碍、生殖结核、前列腺疾病、输精管、精囊缺陷、输精管阻塞、某些药物影响、接触放射线以及精神因素、外伤因素等，其中因男性性功能障碍不育的占 1%～5%。化验显示精子数减少（$<20\times10^9$/L）、活动性降低（活动精子<70%）、畸形精子过多（>20%）、抗精子抗体阳性等。

【治疗要点】治疗原则：针对病因治疗，治疗要有耐心、信心，消除紧张。

1. 一般治疗　查明不育的原因，要夫妇同查。需手术治疗的应及时手术，如精囊静脉曲张、隐睾、脑垂体瘤、前列腺增生等；需中西医结合治疗的如阳痿、早泄、性功能减退等；逆行射精用组胺治疗，内分泌因素用糖皮质激素治疗；有感染者用抗生素治疗等，还可采用辅助生殖技术。

2. 药物治疗

（1）睾丸发育不全的男性不育症者，可用：

十一酸睾酮（安雄）40 mg　每日服 2～3 次

（2）生殖道炎症的男性不育症者，可用：

氧氟沙星（氟嗪酸）　0.2 g　每日服 3 次　连续 1 周

（3）寿蛋：适用于男子性功能减退。

常以淫羊藿 100 mg、去壳鸡蛋 2 只，放入沙锅内煮熟，可适当放调料，蛋汤均可食，须经常食用，此方对平时怕冷的性功能减退者尤为适用。

（4）肉苁蓉羊肉香血糯粥：适用于精子数量少、活动力差的男性不育症。

常以肉苁蓉 30 g 煎后取汁，加入羊肉 50 g、香血糯 50 g，共煮成粥，每日 1 剂，坚持服 1～2 个月后复查精液。

【注意事项】① 如能及时消除病因，大部分人可恢复生育能力，但有一部分人很难恢复。本病虽对生命无影响，但对生活质量影响很大。② 男性不育症需查明原发病，并针对病因治疗，切忌盲目使用男性激素。

二、 阳痿

阳痿是指男性的阳事不举或举而不坚，不能过夫妻生活的病症。初次性生活就不能勃起者称为原发性阳痿；对有过良好的性生活而后出现的不能勃起者称为继发性阳痿，对平时能勃起，但在性生活中不能勃起者称为功能性阳痿，一直不能勃起的原发性阳痿称为器质性阳痿。其中功能性阳痿约占85%。

【治疗要点】治疗原则：针对病因治疗，不能乱用男性激素及市场上售的壮阳药。

药物治疗：

(1) 无心血管疾病的阳痿，可用：

西地那非(万艾可、伟哥) 每次50～100 mg　性生活前30～60分钟服用

(2) 血清睾酮低下的阳痿，可用：

十一酸睾酮(安雄胶囊)　40 mg　口服　每日3～4次

(3) 壮阳汤：适用于阳痿、遗精、肝肾虚损

常以黄牛鞭100 g、枸杞15 g、肉苁蓉50 g、母鸡1只，加调料煨汤，食肉喝汤，每日1次，分2～3日食完

(4) 鹿茸酒：适用于肾阳不足、精气寒冷、阳痿

可从药店购买成品，每次10～15 ml，睡前服，进九后连服81日

(5) 麻雀肉：适用于阳痿不举、精液稀少

常以麻雀5只做菜，趁热食之，每日2次，睡前吃1次，连吃半个月

【注意事项】① 大多数功能性阳痿患者经过治疗可恢复正常性生活，器质性阳痿可考虑手术治疗或安装假体。② 千万不能盲目用“壮阳”药，必须在男性科医师的指导下用药。③ 功能性阳痿必须经过疏导治疗。

三、 早泄

早泄是指阴茎虽能勃起，但在房事时一接触阴道就射精，甚至在爱抚过程中就射精，从而不能完成正常性生活，大多数为精神因素所致。常见于有紧张、急躁、担心的不良心理状态者或房事过程中提前射精病程在3个月以上，不能完成正常性生活，男女双方均有不满情绪者，但性功能正常，精液无异常改变。

【治疗要点】治疗原则：心理疏导为主，辅以学习有关性生活知识。消除不良的心态。

1. 一般治疗　医生对夫妇双方进行心理疏导，物理治疗，温水浴或足浴，性知识宣教和训练。

2. 药物治疗　一般早泄者，可用：

氟西汀　20～80 mg　分2～3次口服　维持1～2个月

或　阿米替林　50～250 mg　分2～3次口服　维持1～2个月

维生素 B_1　10 mg　每日服2～3次

警示：氟西汀应用过程中常见有男性乳房发育、溢乳、暂时性肝功能异常，偶见性欲减退。

【注意事项】① 本病预后大多良好，尤其及时的中西医结合治疗，心理治疗，大部分患者可以恢复正常性生活。② 本病治疗以心理疏导为主，一般不要随便服药，尤其不要随便服用西药。

（成　功）

第十节　常见现代生活病

一、电脑综合征

电脑综合征是指由于长期使用电脑而引起的一系列生理、病理改变。长期从事电脑工作的人，由于电脑微波对人体的影响和操作人员的思维定式错位，如缺乏保健措施，即可能对人体的生理和心理方面产生负面影响，甚至可引起一系列的生理、病理改变，即所谓电脑身心失调症，如仅造成视力影响，则称为电脑视力综合征。如引起骨关节改变则称为电脑骨关节综合征。

【诊断要点】① 电脑身心失调症主要表现为中枢神经系统和自主神经功能失调而引起头痛、失眠、心悸、多汗、厌食、恶心、情绪低落、思维迟钝、容易激怒、常感疲乏、内心紧张、烦躁和焦虑等。② 电脑视力综合征主要表现为眼睛干涩、酸痛、疲劳、视力模糊、红眼、流泪、白内障、青光眼、视网膜剥离甚至头痛等。③ 电脑骨关节综合征主要表现为腰膝肿痛，严重时伴屈曲障碍、活动受限。

【治疗要点】治疗原则：科学使用电脑，加强自我保健，对症处理。

1. 一般治疗　对长期从事电脑工作的人员加强自我保健。

(1) 注意眼保护：眼保护是面对电脑的首要保护，主要包括：

① 每使用电脑2小时，要休息10～15分钟，休息时可远看窗外景色5分钟，或闭眼休息1分钟，以缓解眼疲劳。

② 热敷双眼，或绕着眼球按摩。用热毛巾或手帕覆盖于双眼(同时闭上双眼)。每天1～2次，每次10～15分钟；亦可用拇指轻压眼窝四周的骨头，从眼窝下方内侧开始，沿着骨头向眼外侧按摩，然后从眼底往鼻子的方向移动；每个点10～20次。这种眼保健操最好每1～2小时做

1遍。

③ 屏幕上显示的亮度应为周围光线的3倍左右，勿让窗外光线和室内灯光在屏幕上造成反光。室内照明柔和，不宜过明或过暗，避免直接照射。最好在屏幕前加装特殊的微滤网或护目镜，屏幕有尘埃时，应以电脑专用拭镜纸擦拭，可增加可视度。眼于屏幕的距离应在40～50 cm之间。双眼平视或向下注视。

④ 将欲编入的文字资料置于屏旁，愈接近愈好，以减少颈部及眼部的转动，同时应放大屏幕所显示的字体大小及行间距离，以便于阅读，减少眼负担。

⑤ 操作时多眨眼可以湿润眼睛，防止干涩。

⑥ 长期操作电脑者，多食蛋白质含量高的食品，如瘦肉、鱼、虾、核桃、花生、小米、枸杞等，多食富含维生素A的食品，如牛奶、鸡蛋、动物肝脏、瘦肉、胡萝卜、白菜、豆芽、橘子、红枣等。

⑦ 平时可服用苦丁茶、菊花茶以明目，绿茶更有利于吸收与抵抗放射性物质，苦瓜亦能明目。

⑧ 如果眼不适，最好请眼科医生检查，切勿自点眼药水。

(2) 注意工作环境：温度要保持在25～28℃，相对湿度应保持在50%～60%。工作室内要干净、通风、无噪声，尽量选用非击打式打印机。

(3) 注意正确的操作姿势：电脑屏幕中心位置应与操作者胸部同一水平，最好使用可以调节高低的椅子，坐着时应有足够的空间伸放双脚，不要交叉双腿，以免影响血液循环。

(4) 消除紧张心理，纠正"定势错位"。

2. 药物治疗

(1) 头痛、失眠、情绪低落、电脑身心失调症出现，可用：

谷维素　20 mg　口服　每日3次

(2) 抑郁与焦虑出现，可用：

吗氯贝胺　100～200 mg　口服　每日2～3次

警示：本药首剂量为每次100 mg，从第2周开始逐渐加量，但最大剂量<600 mg/d，长期服用可引起兴奋、狂躁、口中异味、尿频、便秘、恶心、呕吐等不良反应。

(3) 电脑视力综合征的患者，可用：

萘敏维滴眼液　滴眼　每次1～2滴　每日3～4次

警示：① 禁用于对本品过敏者和闭角型青光眼的患者，孕妇及哺乳期妇女慎用。② 使用期间要注意眼部反应，连用3～4日若无效，必须请专科医师诊治。③ 使用期间要注意全身反应，定期测血压、血糖，必要时检查心电图。

(3) 电脑骨关节综合征，可用：

理疗加功能锻炼，严重疼痛可适当应用消炎痛或炎痛喜康等，既不能怕动，也不能勉强锻炼，以防关节僵直，注意劳逸结合。

【注意事项】① 从事电脑工作必须严格按电脑操作规程进行，注意自我保健，如出现本病之症状，必须在专科医师指导下防治。② 本症一般不严重，治疗效果好，但防重于治，严重病例经专科医师诊治后若效果不好，应暂停电脑工作，必要时转院诊治。③ 改善电脑室的工作条件，注意光线、通风、空间，电脑桌椅必须规范，操作必须规范，防范必须规范。

二、 空调病

人们在中央空调机调节气温的办公室工作，或在使用空调机的居室内生活，由于空间狭小，通风不良(甚至于密闭)，室内外温差大，室内阳离子增多，负氧离子缺乏，对人体有益的阴离子减少，加上办公室或居室内的电脑、复印机、电视机等形成的电子雾及致病微生物的污染，从而使室内人员出现一系列的生理或病理改变。女性发病多于男性。

主要表现为眼痛、咽喉干痛、头昏、胸闷、疲惫感、注意力不能集中、烦躁、食欲减退等症状，从而降低了人们的工作效率。如长期生活在这种环境下，则可能引起一系列的病理改变，如神经功能紊乱、血压升高、消化障碍、视力模糊、记忆力减退，甚至引起感染性疾病。

【治疗要点】治疗原则：加强自我保健，对症处理，防治并发症。

1. 一般治疗　检查空调环境下的空气质量，必要时加用负氧离子发生器，症状严重者必须脱离空调环境，最好转到大自然环境生活一段时间。

2. 自我保健

(1) 保持室内通风，室内人员应经常到户外活动，室内放置一些绿色植物，如吊兰、仙人掌、文竹等，以减轻空气污染。

(2) 定期作室内空气质量测定，包括空气毒物监测、致病微生物监测等。近来发现空调病还与室内甲醛含量有关。如确为此引起，必须处理甲醛残留，可开窗通风，必要时用少量氨水对抗。

(3) 在空调房间内工作或生活的人，应多吃富含维生素的食物，如绿叶蔬菜、新鲜水果、瘦肉、牛奶、动物肝脏等，以帮助消除疲劳，提高免疫力。

(4) 在安排好工作的前提下适当参加一些体育活动，如骑自行车、做工间操、散步等。

(5) 加强食疗保健，如合理选择药茶、药粥、药膳，如菊花茶、二冬粥、冬瓜汤等。

(6) 有条件时，室内置负氧离子发生器，以保持室内空气离子平衡。

(7) 如使用一般空调(非中央空调)，应定期清洗消毒滤板。

(8) 如使用中央空调，应定期清理管道系统，有感染性疾病危险时，有必要适当加用消毒剂。

(9) 空调房间与室外的温差不宜超过 10℃。

(10) 症状严重者必须到医院诊治。

3. 药物治疗

(1) 空调病的神经功能紊乱，可用：

氯米帕明　25 mg　口服　每日 3 次

地西泮(安定)　2.5～5 mg　口服　每日 3 次

警示：① 忌用于心功能不全、排尿困难、青光眼的患者及孕妇。② 服用过程中应定期测血压、检查血白细胞分类计数。③ 最好不用注射地西泮的方法治疗，尤其是老人。

(2) 空调病的耳鸣、记忆力减退，可用：

尼麦角林(凯尔)　30 mg　口服　每日 1 次

维生素 B_1　10～20 mg　口服　每日 3 次

警示：尼麦角林(凯尔)能引起皮肤潮红。

【注意事项】① 空调必须定期清洗，定期对空气进行监测。② 连续使用空调最好配合使用负离子发生器。③ 在空调环境下工作者必须定期到户外进行户外活动，如做工间操，或深呼吸运动。④ 在居室内晚上使用空调，在晨起后或上班前喝 2～3 滴姜汁，可预防空调病。

三、 应激反应综合征

应激反应综合征又称为知识焦虑症，是指因不能承受高效率、快节奏的生活及长期紧张的心理和生活压力而引起的一种现代生活病。起病原因主要由于不能很好地调节生活节奏，知识更新的速度不能跟上飞跃发展的形势。常出现情绪波动、焦躁不安、易激动、多愁善感、多疑多虑、担惊受怕、失眠多梦、记忆力减退、性功能减退、对外界事物兴趣减退、对工作产生厌恶感、对生活缺乏激情。本病易与神经症相混，必须请专科医师诊治。本病常发生在知识需求量大、工作要求高、不甘落后的人群中。

【治疗要点】治疗原则：加强自我保健，并适当对症治疗，防治并发症。

1. 一般治疗　主要为适当休息，症状严重者对症治疗，出现并发症必须转院。

2. 自我保健　注意保持生活规律，保证有足够的睡眠时间，并做到劳逸结合，坚持体育锻炼，提倡晚练 15 分钟，如游泳、体操、散步，打乒乓

球、羽毛球、太极拳、八段锦等。要善于保持心态平衡,化压力为动力,凡事要量力而行,要善于学习,加强知识更新,不去做那些力所不能及的事,必须要做时应虚心向他人学习,掌握科学方法,多走捷径,少走弯路,始终把握学习、生活、工作的主动权。要适当增加蛋白质,尤其是优质蛋白质的摄入量,多进食牛奶、大豆、玉米、鱼类、蛋类、精肉类及新鲜水果、蔬菜,禁烟限酒等。

3. 食疗和药物治疗

(1) 食疗:

① 蒸天麻鲤鱼:缓解焦虑,帮助睡眠

常以鲜鲤鱼 1 条(约 500 g),经处理后加川芎 10 g、天麻 25 g、茯苓 10 g,先将三味中药浸泡蒸熟后塞入鱼头和鱼腹肉,再蒸熟,加佐料、勾芡,分两餐食完,经常食用

② 油炸沙丁鱼:缓解焦虑,补充钙质

常以沙丁鱼 8 条,裹上面粉后放入油锅内炸熟备用,再将洋葱半个、青辣椒 2 个、胡萝卜半个,切成细丝。放入调料浸泡片刻后放在油炸沙丁鱼上,再将芹菜 10 g、杏仁 10 g 研成细末,撒于沙丁鱼上,每日分两餐食完,经常食用

③ 红豆蛋卷:缓解紧张、焦虑

常以大蒜 25 g、洋葱 20 g 切碎,以低盐酱油 10 g、芥末 5 g,加入煮好的红豆 120 g 中拌匀,再加入人造奶油 40 g,加热,放入 4 个打碎的鸡蛋液混合烧成形后,卷起来用文火烤,1 日内分两餐食完,经常食用

(2) 本症易激动、焦虑、紧张的患者,可用:

奋乃静　2～4 mg　口服　每日 3 次

警示:① 慎用于肝病患者和孕妇。② 服药期间可有视力模糊、复视、口干、流涎、嗜睡、血压下降等,减少剂量或停药后即消失。

(3) 本症焦虑、抑郁并存,可用:

吗氯贝胺　100～150 mg　口服　每日 3 次　(注意事项参见电脑身心失调症)

【注意事项】① 注意克服紧张的心理和生活压力。② 加强平时的业务学习,注意知识的指导与及时更新,即使跟不上,也应正确对待,不要造成人为紧张。③ 一旦出现症状,或确诊为本病,必须及时在专科医师指导下进行心理调整和心理疏导治疗,尽量减少化学药品的使用。

四、考前紧张综合征

考前紧张综合征是指临考前的学生存在严重的心理压力而引起的一种现代生活病,又称情绪焦虑综合征。主要由于学生学习压力过重,业余

时间也用于补习，长期超负荷的学习，导致学生精神疲劳，机体免疫水平下降，易患疾病。

本病以中小学应届毕业生为主，大学生也可发生。常表现为对学习十分惶恐，心有余力不足，烦躁、焦虑、失眠、记忆力减退、学习成绩下降，将读书、考试看作是一种严重的精神负担，甚至产生畏考等抵触情绪。

【治疗要点】治疗原则：消除紧张心理，加强疏导治疗，必要时适当使用药物治疗，防治并发症。

1. 一般治疗　注意保持心态平衡，情绪稳定，正确对待学习和考试，讲究学习方法。切忌贪多，面对大量信息，应学会选择和自己有联系或对自己有用的信息，避免因操之过急而导致信息饱胀或信息干扰，以减轻自己的精神负担。此外，要注意劳逸结合，保证睡眠。学生宜进高热量、高蛋白质、高维生素饮食，如牛奶、蛋类、水产类、肉类及新鲜水果及蔬菜，避免进刺激性食品，禁烟酒。

2. 疏导治疗　在心理医师指导下进行疏导治疗，这是最主要的治疗方法，往往需要与学生家长配合，家庭不要给学生过大压力。

3. 食疗和药物治疗

(1) 百合蜜：适用于缓解烦躁

常以百合 60 g、蜂蜜 5 ml，拌和蒸熟，每日 1 次，每次 20 g

(2) 海带煎：适用于缓解烦躁

常以海带 30 g、草决明 30 g，煎汤，食海带喝汤

(3) 酸枣仁粥：适用于失眠患者

常以酸枣仁 10 g、粳米 100 g，煮粥食用

【注意事项】① 当前学生的学习安排必须引起全社会关注，本病发病率逐年升高，主要由于教学方法、考试方法和社会舆论，给学生们增加了太大的压力，必须从源头上去解决。② 心理疏导要从家长、老师教育起，使家长、老师积极参与疏导治疗。③ 一旦发现学生罹患此病，必须及时诊治，特别要积极防治并发症。千万不能乱用镇静剂。

五、 城市疲劳综合征

城市疲劳综合征亦称为过劳死，是发生在城市的一种现代生活病。城市疲劳综合征多发生于城市科技、新闻、广告、机关、文艺等行业中的人群及不善于保养的人群中。由于长期处于紧张的工作状态，缺乏必要的休息，以至于发生了一系列生理、病理改变，甚至出现猝死。主要表现为疲倦、乏力，机体抵抗力下降，上班时哈欠连天，胃纳减退，精神不振，夜尿增多，记忆力减退，严重者可发生心脑缺血性改变，如心肌梗死或脑梗死，甚至会突然死亡(猝死，即所谓过劳死)。

【诊断要点】① 40岁前出现“将军肚”。② 脱发。③ 尿频，夜尿增多。④ 性功能减退。⑤ 记忆力减退，易忘熟人名字等。⑥ 耳鸣、眩晕、头昏。⑦ 情绪失常。⑧ 睡眠不足、睡眠不深。⑨ 出现心脑缺血性病变。⑩ 经常感到特别疲劳。以上10条，如具有其中6条即可确诊。

【治疗要点】治疗原则：加强疏导与自我保健，防治并发症。

1. 一般治疗　心理疏导，合理安排工作，劳逸结合，适当参加体育、娱乐、旅游等活动。

2. 自我保健

(1) 有一个良好的、切实可行的生活作息规律，保证每日7小时以上的睡眠时间。注意劳逸结合，不让自己经常处于紧张状态。

(2) 注意运动和锻炼身体，养成健身与锻炼的良好习惯。

(3) 定期健康体检，尤其应注意心脑疾病的检查。

(4) 注意营养合理、劳逸结合、张弛适度，以保证身体处于良好的健康运行状态。

(5) 对有早亡家族遗传史的紧张工作人群，应主动接受医师的诊治和健康指导。

(6) 自己可以测一测疲劳程度：① 睡眠不深，睡眠质量下降。② 头昏、头痛、疲乏、无力、精神不济，易出现疲劳感。③ 记忆力明显减退。④ 感觉迟钝，动作呆滞。⑤ 耳鸣、听力减退。⑥ 情绪不稳定，常为一点事发火，莫名其妙地担心害怕。⑦ 眼睛干涩，视力下降，易发生视疲劳。⑧ 关节僵硬、肌肉酸痛、腿脚酸软，腰、肩、背不适。⑨ 咽干、咽痛，出现不明原因的咽部、胸部紧缩感。⑩ 学习或工作感到吃力、困难，在工作中易出差错，效率不高。⑪ 抑郁寡欢，对事物缺乏兴趣。⑫ 性功能减退。⑬ 口臭或口腔异味。⑭ 多痰、稠痰。⑮ 夜尿增多。⑯ 腹胀、便秘、消化不良。⑰ 皮肤粗糙、无光泽，出现色素沉着，皮肤瘙痒。⑱ 惧怕拥挤、讨厌噪声。⑲ 嗜烟酒、咖啡、浓茶。

测试：偶尔有，1项计2分；经常有，1项计5分。

判断：40分及以下为轻度疲劳；41～55分为中度疲劳；56～70分为重度疲劳；71分以上为极度疲劳。中度以上者，需要医院检查诊治。

3. 食疗和药物治疗

(1) 薏米粥：常用于安神宁心

常以薏苡仁12 g、粳米100 g，煮粥食用，每日1剂，经常食用

(2) 改善疲劳，增强脑力活动，症状较重者，可用：

脑活素	10 ml	静脉滴注　每日1次
5%葡萄糖注射液	250 ml	10次为1疗程

(3) 改善患者紧张情绪，可用：

氟西汀（百忧解）　20 mg　口服　每日 1 次

（4）改善记忆力，可用：

氨酪酸　1 g　口服　每日 3 次　1 个月为 1 疗程

【注意事项】① 本病必须在排除其他器质性疾病后，方可对照诊断标准诊断。② 本病以心理保健为主，药物只适用于症状明显者，使用药物还应防止依赖性。③ 本病有渐多之势，在生活高节奏的形势下，防重于治。④ 全社会应对屡屡出现的"英年早逝"的事实予以高度重视，加强群众性的健康教育，定期健康检查，注意劳逸结合，提升健康水平。

（许振南　朱小芹）

第三章

常见传染病与寄生虫病

第一节 常见传染病

一、病毒性肝炎

病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的主要累及肝脏的全身性疾病。甲型肝炎(甲肝)和戊型肝炎(戊肝)经消化道传播。乙型肝炎(乙肝)经母婴、血液及性接触传播,丙型肝炎(丙肝)主要经血液传播,丁型肝炎(丁肝)只能与乙肝同时或重叠发生,庚型肝炎(庚肝)经血液传播,其中以甲肝、乙肝和丙肝较为常见。按其发病情况又分为急性肝炎、慢性肝炎、重型肝炎、淤胆型肝炎。急性肝炎表现为自限性发热、恶心、呕吐、食欲减退等;慢性肝炎表现为下肢酸软、多梦、少眠等;重型肝炎表现为高度乏力、高度腹胀和严重的胃肠道症状,肝功能异常,还常有精神症状。

【诊断要点】参照2000年9月中华医学会传染病与寄生虫病学会、肝病学会联合修订的诊断标准。

1. 急性肝炎

(1) 急性无黄疸型肝炎:应根据流行病学资料、症状、体征、化验及病原学检测综合判断,并排除其他疾病。① 流行病学史:如密切接触史和注射史等。密切接触史指与确诊病毒性肝炎患者(特别是急性期)同吃、同住、同生活或经常接触肝炎病毒污染物(如血液,粪便)或有性接触而未采取防护措施者。注射史指在半年内曾接受输血、血液制品,及消毒不严格的药物注射、免疫接种、针刺治疗等。② 症状:指近期内出现的持续几天以上但无其他原因可解释的症状,如乏力、食欲减退、恶心等。③ 体征:指肝肿大并有压痛、肝区叩击痛,部分患者可有轻度脾肿大。④ 化验:主要指血清 ALT(丙氨酸氨基转移酶)升高。⑤ 病原学检测阳性。

化验阳性且流行病学资料、症状和体征3项中有两项阳性或化验及体征(或化验及症状)均明显阳性,并排除其他疾病者可诊断为急性无黄疸型肝炎。凡单项血清 ALT 增高,或仅有症状、体征,或仅有流行病学史及②、③、④3项中有一项阳性者,均为疑似病例。对疑似病例应进行动态观察或结合其他检查(包括肝组织病理学检查)做出诊断。疑似病例如病

原学诊断阳性，且排除其他疾病者可以确诊。

(2) 急性黄疸型肝炎：凡符合急性肝炎诊断条件，且血清胆红素＞17.1 μmol/L 或尿胆红素阳性，并排除其他原因引起的黄疸，可诊断为急性黄疸型肝炎。

2. 慢性肝炎　急性肝炎病程超过半年，或原有乙型、丙型、丁型肝炎或 HBsAg 携带史，本次又因同一病原再次出现肝炎症状、体征及肝功能异常者可诊断为慢性肝炎。发病日期不明或虽无肝炎病史，但肝组织病理学检查符合慢性肝炎，或根据症状、体征、化验及 B 超检查综合分析，亦可作出相应诊断。

为反映肝功损害程度临床可分：

(1) 轻度：临床症状、体征轻微或缺如，肝功能指标仅 1 或 2 项轻度异常。

(2) 中度：症状、体征、实验室检查居于轻度和重度之间。

(3) 重度：有明显或持续的肝炎症状，如乏力、纳差、腹胀、尿黄、便溏等。可伴有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣或脾大并排除其他原因，且无门静脉高压者。实验室检查血清 ALT 和天门冬氨酸转氨酶(AST)反复或持续升高，白蛋白降低或 A/G 比例异常，丙种球蛋白明显升高。除前述条件外，凡白蛋白≤32 g/L、胆红素大于 5 倍正常值上限，凝血酶原活动度(PTA)60%～40%，胆碱酯酶(CHE)＜2 500 μ/L，4 项检测中有 1 项达上述程度者即可诊断为重度慢性肝炎。

B 超检查结果可供慢性肝炎诊断的参考。慢性肝炎的实验室检查异常程度参考指标见表 3-1-1。

表 3-1-1　慢性肝炎的实验室检查

项　目	轻	中	重
ALT 和 AST(IU/L)	≤正常 3 倍	＞正常 3 倍	＞正常 3 倍
胆红素(μmol/L)	≤正常 2 倍	＞正常 2～5 倍	＞正常 5 倍
白蛋白(A)(g/L)	≥35	35～32	≤32
A/G	≥1.4	＜1.4～＞1.0	＜1.0
电泳 γ 球蛋白(γEP%)	≤21	＜21～＞26	≥26
凝血酶原活动度(PTA%)	＞70	70～60	＜60～＞40
胆碱酯酶(CHE)(＞U/L)	＞5 400	≤5 400～＞4 500	≤4 500

注：① 用电泳法测定血清 γ 球蛋白；② 有条件开展 CHE 检测的单位，可参考本项指标。

3. 重型肝炎

(1) 急性重型肝炎：以急性黄疸型肝炎起病，2 周内出现极度乏力，

消化道症状明显，迅速出现Ⅱ度以上（按Ⅳ度划分）肝性脑病，凝血酶原活动度低于40%并排除其他原因者，肝浊音界进行性缩小，黄疸急剧加深；或黄疸很浅，甚至尚未出现黄疸，但具有上述表现者，均应考虑本病。

（2）亚急性重型肝炎：以急性黄疸型肝炎起病，15天至24周出现极度乏力，消化道症状明显，同时凝血酶原时间明显延长，凝血酶原活动度低于40%并排除其他原因者，黄疸迅速加深，每日上升≥17.1 μmol/L或血清胆红素大于正常值10倍，首先出现Ⅱ度以上肝性脑病者，称脑病型（包括脑水肿、脑疝等）；首先出现腹水及其相关症候（包括胸水等）者，称为腹水型。

（3）慢性重型肝炎：其发病基础有：① 慢性肝炎或肝硬化病史；② 慢性乙型肝炎瑚带史；③ 无肝病史及物HBsAg携带史，但有慢性肝病体征（如肝掌、蜘蛛痣等）、影像学改变（如脾脏增厚等）及生化检测改变者（如丙种球蛋白升高、白球蛋白比值下降或倒置）；④ 肝穿刺检查支持慢性肝炎；⑤ 慢性乙型或丙型肝炎，或慢性HBsAg携带者重叠甲型、戊型或其他肝炎病毒感染时要具体分析，应排除由甲型、戊型或其他肝炎病毒引起的急性或亚急性重型肝炎。慢性重型肝炎起病时的临床表现同亚急性重型肝炎，随着病情发展而加重，达到重型肝炎诊断标准（凝血酶原活动度低于40%，血清总胆红素大于正常10倍）。

为便于判定疗效及预后估计，亚急性重型和慢性重型肝炎根据临床表现可分为早、中、晚3期。① 早期：符合重型肝炎的基本条件，如严重乏力及消化道症状，黄疸迅速加深，血清胆红素大于正常10倍，凝血酶原活动度≤30%，或经病理学证实。但未发生明显的脑病，亦未出现腹水。② 中期：有Ⅱ度肝性脑病或明显腹水、出血倾向、出血点或瘀斑。凝血酶原活动度≤20%。③ 晚期：有难治性并发症如肝肾综合征、消化道大出血、严重出血倾向（注射部位瘀斑），严重感染，难以纠正的电解质紊乱或Ⅱ度以上肝性脑病、脑水肿，凝血酶原活动度≤20%。

4. 淤胆型肝炎：起病类似急性黄疸型肝炎，但自觉症状较轻，皮肤瘙痒、大便发白，常有明显肝肿大，肝功能检查血清胆红素明显升高，以直接胆红素为主，凝血酶原活动度>60%或应用维生素K肌内注射1周可升至60%以上，血清胆汁酸、γ-谷氨酸转肽酶，碱性磷酸酶、胆固醇水平可明显升高，黄疸持续3周以上，并排除其他原因引起的肝内外梗阻性黄疸者，可诊断为急性淤胆性肝炎。在慢性肝炎基础上发生上述临床表现者可诊断为慢性淤胆型肝炎。

5. 肝炎肝硬化分类：

（1）肝炎肝纤维化

（2）肝炎肝硬化：① 代偿性肝硬化，指早期肝硬化。② 失代偿性肝硬化，指中晚期肝硬化。根据肝脏炎症活动情况，可将肝硬化区分为：① 活动性肝硬化。② 静止性肝硬化。

6. 各种病毒性肝炎病原学诊断依据：

（1）甲型肝炎：急性肝炎患者血清抗-HAV IgM阳性，可确诊为HAV近期感染。在慢性乙型肝炎或自身免疫性肝病患者血清中检测抗-HAV IgM阳性时，判断HAV重叠感染应慎重，须排除类风湿性因子（RF）及其他原因引起的假阳性。接种甲型肝炎疫苗后2～3周约8%～20%接种者可产生抗-HAV IgM，应注意鉴别。

（2）乙型肝炎：有以下任何1项阳性，可诊断为现症HBV感染：① 血清HbsAg阳性。② 血清HBV-DNA阳性。③ 血清抗HBc-IgM阳性。④ 肝内HbcAg和HbsAg阳性，或HBV-DNA阳性。

1）急性乙型肝炎诊断：必须与慢性乙型肝炎急性发作鉴别。诊断急性乙型肝炎可参考下列动态指标：① HbsAg滴度由高到低，HbsAg消失后，抗-HBs阳转。② 急性期抗-HBcIgM滴度高，抗-HBcIgG阴性或低水平。

2）慢性乙型肝炎诊断：临床符合慢性肝炎，并有一种以上现症HBV感染标志阳性。

3）慢性HBsAg携带者的诊断：无任何临床症状和体征，肝功能正常，HBsAg持续阳性6个月以上者。

（3）丙型肝炎

1）急性丙型肝炎诊断：临床符合急性肝炎，血清或肝内HCV RNA阳性；或抗体-HCV阳性，但无其他型肝炎病毒的急性感染标志。

2）慢性丙型肝炎诊断：临床符合慢性肝炎，排除其他型肝炎，血清抗-HCV阳性，或血清和/或肝内HCV RNA阳性。

（4）丁型肝炎：HDV为缺陷病毒，依赖HBsAg才能复制，可表现为HDV HBV同时或重叠感染。

1）急性丁型肝炎的诊断：① 急性HDV、HBV同时感染急性肝炎患者，除急性HBV感染标志阳性外，血清抗-HDV IgM阳性，抗-HDV-IgG低滴度阳性，或血清和/或肝内HDVAg、HDV RNA阳性。② HDV-HBV重叠感染，慢性乙型肝炎患者或慢性HBsAg携带，血清HDV RNA和/或肝内HDVAg阳性，或抗-HDV IgM和抗-HDV IgG阳性，肝内HDV RNA和/或肝内HDVAg阳性。

2）慢性丁型肝炎的诊断：临床符合慢性肝炎，血清抗-HDV IgG持续高滴度，HDV RNA持续阳性，肝内HDV RNA和/或HDVAg阳性。

(5) 戊型肝炎：急性肝炎患者血清抗-HEV阳转或滴度由低到高，或抗-HEV阳性>1∶20，或斑点杂交法或逆转录聚合酶链反应(PT-PCR)检测血清和/或粪便HEV RNA阳性，目前抗-REV IgM的试验尚未标准化，仍需继续研究，但HEB IgM检测可作为戊型肝炎诊断的参考。

7. 确立诊断　凡临床诊断为急性、慢性、重型、淤胆型肝炎或肝炎肝硬化病例，经病原学或血清学特异方法确定为某一型的肝炎时即可确诊。两种或两种以上肝炎病毒同时感染者称为同时感染(Coinfection)。在已有1种肝炎病毒感染基础上，又感染另一型肝炎病毒称为重叠感染(Super-infection)。

确诊的肝炎病例命名是以临床分型与病原学分型相结合，肝组织病理学检查结果附后。例如：

(1) 病毒性肝炎，甲型(或甲型与乙型同时感染)，急性黄疸型(或急性无黄疸型)；

(2) 病毒性肝炎，乙型(或乙型和丁型重叠感染)慢性(中度)G2S3(即炎症活动程度2，纤维化程度3)；

(3) 病毒性肝炎，丙型，亚急性重型，腹水型，早期(或中、晚期)；

(4) HBsAg携带者近期感染另一型肝炎病毒时可命名如下：① 病毒性肝炎(甲型)急性黄疸型；② HbsAg携带者。对甲、乙、丙、丁、戊五型肝炎病毒标志均阴性者可诊断为：① 急性肝炎(病原未定)；② 慢性肝炎(病原未定)。

组织病理学检查在肝脏疾病的诊断、分类及预后判定上占有重要地位，是明确诊断、衡量炎症活动度、纤维化程度以及判定药物疗效的金标准。病理医生要加强肝脏病变的基本功训练，力求对病变定性正确，划分程度恰当，并密切与临床相结合，以保证组织病理学诊断的准确性。

【鉴别诊断】见表3-1-2。

表3-1-2　5种类型病毒性肝炎的鉴别

项　目	甲型肝炎	乙型肝炎	丙型肝炎	丁型肝炎	戊型肝炎
病毒类型	RNA	RNA	RNA	RNA	RNA
主要传播途径	粪-口	血液、母婴、注射	血液、注射	血液	粪-口
流行特点	散发、暴发	散发	散发	散发	暴发、散发
多发年龄	儿童	成人、儿童	成人、儿童	成人、儿童	青壮年

（续表）

项 目	甲型肝炎	乙型肝炎	丙型肝炎	丁型肝炎	戊型肝炎
是否慢性化	不变慢性	初生儿及儿童易变慢性	易变慢性	较易变慢性	不易变慢性
目前主导预防措施	水粪管理、个人卫生、饮食卫生为主，疫苗为辅	疫苗为主，控制医源性传播为辅，应用一次性注射器材	预防血液及血液制品传播，应用一次性注射器材	同乙肝	水粪管理、个人卫生、饮食卫生
预后	能治愈	大多转为慢性肝炎	同乙肝	同乙肝	能治愈

注：① 血液包括血制品。② 注射指不严格消毒的注射。

【治疗要点】治疗原则：适当休息，科学的安排饮食，合理的综合治疗。

1. 一般治疗　注意休息，治疗期间需要卧床休息，病情稳定后仍不能过劳，但可以进行适当的锻炼养生。对甲肝、戊肝实施消化道隔离，对乙肝、庚肝实施血液传播隔离。传统的肝病饮食为“三高一低”，即高糖、高热量、高蛋白、低脂肪。高蛋白对肝病治疗有重要作用，能帮助肝脏的修复，主张以优质蛋白质为主，多吃鸡蛋、禽肉、黄豆及豆制品，但一旦出现肝肾综合征、肝性脑病先兆，则应控制蛋白质的摄入量，以防血氨升高；高热量通常主张每日供应 12 000～12 540 kJ(2 500～3 000 kcal)热量，不能太高，以防热能过多积聚，形成脂肪肝；高糖是指正常饮食外，尚可适当增加水果糖、葡萄糖供给，需注意过量吃糖对肝病患者可能有害，因为过量食糖会刺激肠黏膜，加重肝脏负担，进而阻碍其他营养素的吸收和利用；低脂主要是限制动物脂肪，不要吃猪油、肥肉。此外，尚需供给足量的维生素、膳食纤维。禁烟酒，禁止饮用一切含乙醇饮料，酒可引起脂肪肝、肝硬化。

2. 药物治疗　综合治疗中强调给予必要的支持治疗，抗病毒和免疫调节治疗，中西医结合治疗；慢性肝炎、重型肝炎可考虑使用干扰素。综合治疗以降酶、退黄、促进肝细胞再生、改善蛋白代谢为主，常选用联苯双酯滴丸、肝炎宁、鸡骨草、垂盆草、苦黄、门冬酸钾镁、前列腺素 E_1、丹参，复方氨基酸及胰高糖素-胰岛素疗法等。

（1）急、慢性肝炎，脂肪肝，早期肝硬化等，可用：

甘草酸二胺（甘利欣）　30 ml
10%葡萄糖注射液　250 ml　｜　静脉滴注　每日 1 次　连用 7 日

复方益肝片　4片　口服　每日3次

(2) 急性黄疸型肝炎患者,可用:

苦黄口服液　10 ml　口服每日3次(亦有苦黄注射液可静脉滴注)

(3) 急性丙型肝炎患者,可用:

干扰素α(安达芬)　300万～500万U　皮下注射　每周3次　连用6个月

(4) 慢性肝炎(轻、中度)患者,可用:

谷胱甘肽(古拉定)	1.8 g	静脉滴注　每日1次　连用1个月
10%葡萄糖注射液	250 ml	

(5) 慢性肝炎(重度)患者,可用:

促肝细胞生长素	120～200 mg	静脉滴注　每日1次
10%葡萄糖注射液	250 ml	连用2周

(6) 慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎抗病毒治疗,可用:

干扰素α　500万U/次　皮下注射　隔日1次　6～12个月为1疗程

或　聚乙二醇干扰素α-2α(派罗欣)　180 μg　口服　每周1次　12个月为1疗程

或　胸腺肽α_1(日达仙)　1.6 mg　皮下注射　每周2次　6个月为1疗程

警示:干扰素具有抗病毒及免疫调节作用,能有效抑制HBV复制。

适应证:应用于血清HBV DNA阳性且ALT≥2倍正常值上限的患者,但对ALT水平持续正常者不应使用干扰素。

禁忌证:血清胆红素>2倍正常值上限、失代偿性肝硬化自身免疫性疾病、有重要脏器病变(严重心肾疾患、糖尿病、甲亢、甲减及神经精神异常)者。

不良反应:有感冒样症状、乏力、脱发、白细胞降低及抑郁等,还可能诱发潜在的自身免疫性疾病。

(7) 急性淤胆型肝炎患者的治疗,可用:

腺苷蛋氨酸(思美泰)	1.0	静脉滴注　每日1次
10%葡萄糖注射液	250 ml	连用15～30日

(8) 重型肝炎肝昏迷前期,可用:

左旋多巴	0.2～0.6 g	静脉滴注　每日1次
10%葡萄糖注射液	250 ml	连用3～5日

(9) 急性黄疸型肝炎患者,可用:

常以茵陈40 g煎汤取汁,粳米100 g煮粥,每日早上空腹喝,晚上温服,连服7日,亦可用茵陈蒿汤退黄

【注意事项】

1. ① 急性肝炎中甲型、戊型肝炎一般预后良好，但在 HBsAg 基础上患甲肝、戊肝，老年人患甲肝、戊肝，孕妇患戊肝等，病情可能加重，恢复可能延迟；急性乙肝大多能痊愈；急性丙肝有半数可痊愈，另一半可能转为慢性肝炎，需继续治疗。② 慢性肝炎目前尚难彻底治愈。轻度慢性肝炎如抗病毒治疗有效，对其他治疗亦有良好反应，则有可能保持长期稳定。中度以上慢性肝炎，病情可能反复活动，易发展为肝硬化，少数可发生肝癌。③ 急性重型肝炎病死率在 70%以上，如能抢救成功则可痊愈。亚急性重型肝炎死亡率略低，存活后多发展为坏死后肝硬化。慢性重型肝炎治愈率极低。④ 淤胆型肝炎中急性者一般预后尚好；慢性者预后稍差，长期淤胆者易发展为继发性胆汁肝硬化。

2. 病毒性肝炎，急性期需隔离，治疗期间应定期复查肝功能及免疫学指标。所谓的保肝治疗，目前的“保肝措施”能否保肝，值得研究。

3. 重症患者需注意防止肝性脑病，及时检测血氨变化。

二、 伤寒

伤寒是指由伤寒杆菌引起的急性肠道传染病，主要通过食物和饮水传播。临床主要表现：起病缓慢，第 1 周体温呈梯形上升，第 2 周稽留高热，无明显畏寒和寒战，食欲不振，腹胀，伴相对性缓脉、重脉、玫瑰疹、重听、肝脾大、肝功能异常，“伤寒舌”（舌苔黄、厚、腻、舌边无苔、舌质红绛）白细胞减少和嗜酸性粒细胞减少。血、骨髓、尿、粪便培养分离到伤寒杆菌，血清特异性抗体阳性。“O”抗体凝集素效价在 1∶80 以上，“H”抗体效价在 1∶60 以上。急性期和恢复期血清抗体 4 倍升高。肠出血、肠穿孔为主要的严重并发症。

【诊断要点】① 疑似病例：在伤寒流行地区有持续性发热 1 周以上者。② 确诊病例：A. 不能排除其他原因引起的持续性高热（热型为稽留热或弛张热）、畏寒、精神萎靡、无欲貌、头痛、食欲不振、腹胀、皮肤可出现玫瑰疹、脾大、相对缓脉；B. 末梢白细胞和嗜酸细胞减少；C. 血、骨髓、尿、粪便培养分离到伤寒杆菌；D. 血清特异性抗体阳性。“O”抗体凝集素效价在 1∶80 以上，“H”抗体效价在 1∶60 以上。急性期和恢复期血清抗体 4 倍升高。

【鉴别诊断】副伤寒包括副伤寒甲、乙、丙，其临床表现、诊断和治疗与伤寒相同，其鉴别点：① 副伤寒甲、乙：起病时可有急性肠胃炎症状，如腹痛、呕吐、腹泻等，2～3 日后出现发热等临床表现。弛张热多见，毒血症状较轻，但胃肠道症状明显。玫瑰疹出现较早、较多、较大，且色泽较深。肠出血，肠穿孔少见。② 副伤寒丙：起病急，体温上升快，热型不规

则，常伴寒战，主要表现败血症型，其次为伤寒或胃肠类型。病程一般2～3周。败血症型并发症多，主要为肺、骨及关节的化脓性改变，偶可并发化脓性脑膜炎、中毒性脑病、心内膜炎、肾盂肾炎、胆囊炎、皮下脓肿、肝脓肿等，肠出血、肠穿孔少见。③ 肥达反应：伤寒与副伤寒的“O”抗体相同，但“H”抗原各不相同，所产生的“H”抗体亦各异。

【治疗要点】治疗原则：及时选用敏感的抗菌药，预防并发症。

1. 一般治疗　消化道隔离，隔离至症状消失后连续2次大便培养阴性者，或体温正常后15日。严格卧床休息至体温正常后10～14日。给予易消化、少纤维的营养丰富饮食。发热期可给予流质或无渣半流质饮食，体温下降后5日改少渣半流质饮食，恢复期可进食无渣软饭。高热时用物理降温，不宜用退热剂；腹胀时给予少糖低脂饮食，禁用新斯的明。

2. 药物治疗　目前临床上广泛应用的是氟喹诺酮类药物，如培氟沙星、氧氟沙星、左氧氟沙星。如氟喹诺酮类不宜使用者，可改用头孢类抗生素，如头孢他啶(复达欣)、头孢曲松等。尚可选用美西林、阿莫西林。氯霉素已不再作为首选药物，仅用于农村或偏远地区敏感者。

(1) 伤寒的病原治疗：

氧氟沙星　0.3 g　口服　每日2次　连服7～10日

或　左氧氟沙星(可乐必妥)　0.2 g　口服　每日2次　连服7～10日

(2) 伤寒症状严重者，可用：

培氟沙星	0.4 g	
5%葡萄糖注射液	250 ml	静脉滴注　每日2次　连服7～10日

(3) 伤寒不能使用上述药品者，可用：

头孢他啶(复达欣)	2 g	(皮试阴性)　静脉滴注　每日2次
5%G	250 ml	连用7～10次

(4) 伤寒慢性带菌者，可用：

复方磺胺甲噁唑　2片　每日服　2次　连用30日

或　诺氟沙星　0.2 g　每日服3次　连用30日

【注意事项】① 目前伤寒病死率在1%以下，一般认为患者的免疫力、年龄，病菌的毒力、治疗早晚、有无严重并发症等均与预后有密切关系。② 凡接受过预防注射，病情较轻者，病死率较低；婴儿与老弱患者预后较差；凡有严重中毒症状或并发症等均与预后有密切关系。③ 致死原因除大量肠出血、肠穿孔外，多由于严重毒血症与周围循环衰竭死亡；另有部分患者因病程中每日热量补充不足，致全身衰竭死亡。出现并发症必须立即转上级医院治疗。④ 目前估计有30%的伤寒患者肥达反应阴性，故阴性时应综合分析。肥达反应必须动态观察，应每5～7日复查1次。⑤ 伤寒的治疗由于耐氯霉素的伤寒菌珠的存在，目前只用于对氯霉

素敏感的病例，大多治疗采用氟喹诺酮和第三代头孢类抗生素，根据经验，培氟沙星、可乐必妥静脉注射剂优于其他氟喹诺酮药物。若氟喹诺酮类无效或禁忌时，可改用头孢他啶或头孢吡肼等药物。⑥ 鉴于当前副伤寒甲的发作有上升的苗头，必须引起高度重视。

三、 细菌性痢疾

细菌性痢疾（菌痢）是指由痢疾杆菌引起的常见肠道传染病。临床主要表现为：发热、腹痛、腹泻、里急后重和黏液脓血便，可分为普通型、轻型和中毒型三种。中毒型多见于2～7岁儿童，起病急骤，突然高热，反复惊厥、嗜睡、昏迷，迅速发生呼吸循环衰竭，常表现为休克型、脑型、混合型，病情凶险，救治不当可迅速死亡。病程超过2个月的要考虑慢性菌痢。粪便镜检后白细胞（脓细胞）每高倍（400倍）视野15个以上，可看到少量红细胞，粪便细菌培养志贺菌属阳性。

【诊断要点】① 疑似病例：腹泻，有脓血便或黏液便或水样便或稀便，或伴有里急后重症状，难以排除其他原因腹泻者。具有流行病学资料，如在夏秋季，周围人群有菌痢患者等。② 确诊病例：A. 急性发作之腹泻（排除其他原因腹泻），伴发热、腹痛、里急后重、脓血便或黏液便、左下腹有压痛；B. 粪便镜检后白细胞（脓细胞）每高倍视野（400倍）15个以上，可看到少量红细胞；C. 粪便培养志贺菌属阳性。

【鉴别诊断】主要与阿米巴痢疾相鉴别，见表3-1-3。

表3-1-3 细菌性痢疾与阿米巴痢疾的鉴别

	细菌性痢疾	阿米巴痢疾
流行病学	常年散发，亦可暴发流行	散发性居多
潜伏期	1～7日	数周至数月
起病	急起	大多缓起
发热	常有高热，伴毒血症状	可有中低热，毒血症状不明显
腹痛	左下明显，压痛明显	右下腹痛，压痛较轻
腹泻	每日可达数十次，脓血黏液便，无恶臭	次数较少，暗红色果酱便，有腐臭
里急后重	明显	较轻
粪检	大量脓细胞、红细胞有巨噬细胞	白细胞较少，红细胞成堆
致病微生物	粪培养可发现痢疾杆菌	粪检可发现阿米巴滋养体
血白细胞	显著增加	早期稍增加
肠镜检查	肠黏膜弥漫性充血、水肿、浅表溃疡、边缘不齐，慢性可呈颗粒状和瘢痕改变	肠黏膜大多正常，有散发性溃疡，边缘深切，周围有红晕

【治疗要点】治疗原则：一旦确诊，即应按照消化道隔离，根据药敏试验给予足量的抗生素治疗，并同时作合理的对症治疗。

1. 一般治疗　肠道隔离，临床症状消失后每隔 5～7 日送检粪便培养，连续 2 次阴性可解除隔离。发病早期卧床休息，直至症状消失；进食流质或半流质饮食。忌食多渣、多油、刺激性食物，少进牛奶、蔗糖、豆制品等易增加腹胀的食品。吐泻或有脱水者适当静脉补液，若有酸中毒者必须给予 5%碳酸氢钠 250～500 ml 静脉滴注，及时补钾、补钠，轻症者亦可口服补液；腹痛者均用阿托品、山良菪碱等。

2. 药物治疗　可根据药敏试验适当选用抗菌药，主要有诺氟沙星、氧氟沙星，环丙沙星、阿米卡星、头孢噻肟、头孢哌酮、头孢他啶、氨苄西林、阿莫西林、复方磺胺甲噁唑等。

(1) 轻型和普通型菌痢患者，可用：

诺氟沙星　200 mg　每日服　3 次

或　环丙沙星　500 mg　每日服　2～3 次

(2) 中毒型菌痢患者，可用：

环丙沙星　500 mg
5%葡萄糖注射液　500 ml　｝静脉滴注　每日 2 次　连用 2～3 次

同时注意补液，纠正酸中毒，维持水和电解质平衡，如出现休克，可适当选用升压药和调节微循环的药物，如阿托品。

(3) 慢性菌痢患者，可用：

左氧氟沙星　100 mg　口服　每日 2 次

阿米卡星　300 mg
5%葡萄糖注射液　500 ml　｝静脉滴注　每日 2 次

丽珠肠乐　口服　2 片　每日 3 次

或　0.3%黄连素　100 ml，保留灌肠，每晚 1 次，10～14 日为一疗程

【注意事项】① 本病预后与菌型、年龄、临床类别、治疗情况等有关。急性菌痢预后良好。常在 2 周内自行痊愈，仅少数转变为慢性菌痢，影响体力与生活质量。中毒性菌痢病死率较高，如救治不及时，常并发周围循环衰竭而死亡。② 急性菌痢治疗应及时，抗菌药物剂量要足，有条件时应根据药敏选择抗菌药物。中毒性菌痢治疗应积极，并应与患者家属沟通。如出现休克和尿少，避免使用氨基糖苷类抗生素。慢性菌痢治疗时应慎重用药，注意抗菌药物的耐药性。③ 急性菌痢如出现下列情况可发展为慢性菌痢：A. 感染为福氏痢疾杆菌；B. 急性期治疗不及时、不彻底；C. 原有营养不良、胃肠道疾患、肠道寄生虫、全身抵抗力低下等。

四、霍乱

霍乱是由霍乱弧菌引起的急性肠道传染病，我国定为甲类传染病，也是国际检疫的传染病。

【诊断要点】

1. 疑似病例：具有下列项目之一者：

(1) 凡有典型症状，如剧烈腹泻、水样便(黄水样、米泔样或清水样)，伴有呕吐，迅速出现严重脱水，循环衰竭及肌肉痉挛(特别是腓肠肌)的首发病例，在病原学检查尚未肯定前。

(2) 霍乱流行期间有明显接触史(如同餐、同住或护理者，并发生泻吐症状，而无其他原因可查者)。

2. 确诊病例

(1) 凡有腹泻症状，粪便培养霍乱弧菌阳性。

(2) 霍乱流行期间的疫区内，凡有霍乱典型症状，粪便培养霍乱弧菌阴性，但无其他原因可查。

(3) 在流行期间疫区内有腹泻症状，作双份血清抗体效价测定，如血清凝集试验呈 4 倍以上或者弧菌抗体测定呈 8 倍以上增长者。

(4) 在疫源检查中，首次粪便培养阳性前后各 5 天内，有腹泻症状者可诊断为轻型患者。

在确诊病例中，如仅具备第 2 项者，称为临床诊断病例，具备 1、3、4 项者称为实验确诊。

【鉴别诊断】

本病应与各种细菌性食物中毒、急性菌痢、沙门菌属感染、病毒性肠炎、致病大肠杆菌性肠炎等相鉴别。

现将霍乱与细菌性食物中毒、急性菌痢鉴别如下表

表 3-1-4　霍乱与细菌性食物中毒及急性菌痢的鉴别

	霍　乱	细菌性食物中毒	急性菌痢
流行病学	多呈人流行	同食者数小时内集体发病	有与菌痢患者接触史或有进食不洁饮食史
起病	以腹泻开始	以呕吐开始	以腹泻与呕吐开始
一般情况	脱水严重伴循环衰竭严重者伴尿毒症	可有发热及脱水	发热伴全身中毒症状
恶心呕吐	呕吐明显，呈喷射状，初吐胃内容物，继为米泔水样，极少恶心	常有呕吐，呕吐物为胆汁或含食物与黏液	少有呕吐，呕吐为食物残渣及胆汁

（续表）

	霍　乱	细菌性食物中毒	急性菌痢
腹泻及腹部症状	剧烈腹泻，量多，米泔水样，不臭，无腹痛、压痛及里急后重	米样便，偶有血及黏液，可有轻度腹痛，无里急后重	腹泻明显，脓血黏液便左下腹痛伴压痛，里急后重明显
肌肉痉挛	显著，以腓肠肌多见	少见	无
血压下降	明显	可有下降	中毒型可见休克
病原学检查	可见霍乱弧菌	可见沙门菌属、金葡菌、嗜盐菌	可见痢疾杆菌生长

【治疗要点】

治疗原则：迅速及时足量补液，对症治疗、纠正酸中毒及电解质失衡，并进行病原学治疗。

1. 一般治疗：应严格隔离，并进行疫情报告，一般隔离至症状消失 6 天后，对病人的泻吐物、用具以及污染的衣被应彻底消毒。

2. 病因治疗：可选用氟喹诺酮类、四环素类、磺胺类及小檗碱等抗菌药物作为辅助治疗。

3. 补液疗法：是治疗本病的关键，可依脱水程度进行补液。

（1）轻度脱水：可用口服补液盐治疗，常选用① 5∶4∶1 溶液：每升含氯化钠 5 g、碳酸氢钠 4 g、氯化钾 1 g，另加 50%葡萄糖 20 ml；② 3∶2∶1 溶液：5%葡萄糖 3 份、生理盐水 2 份、1.4%碳酸氢钠 1 份或 11.2%乳酸钠 1 份。补液量：在第 1 个 24 小时需要的补液量为 3 000～4 000 ml。

（2）中度脱水：在第 1 个 24 小时补液量为 4 000～8 000 ml，常选用 5∶4∶1 溶液、3∶2∶1 溶液、生理盐水、2∶1 溶液（生理盐水 2 份、1.4%碳酸氢钠 1 份）。补液速度，最初 2 小时给予生理盐水或 2∶1 溶液，输液速度为每分钟 20～30 ml，血压恢复正常后，可选用 5∶4∶1 溶液或 3∶2∶1 溶液，输液速度降至每分钟 5～10 ml。

（3）重度脱水：第 1 个 24 小时补液总量一般为 8 000～12 000 ml，① 纠正体质：立即加压按成人每分钟 50～70 ml 速度输注 1 500～3 000 ml 液体，力争在治疗后 5～10 分钟使血压回升，半小时内能使收缩压稳定在 90 mmHg 以上；② 维持血压：常采用 5∶4∶1 溶液、3∶2∶1 溶液，每分钟输注 20～40 ml 液体，维持 2～3 小时以上；③ 纠正组织脱水：常采用 5%葡萄糖盐水维持输液 3～72 小时，或病情许可则加用口服补液盐，如米汤、ORS 等。

4. 对症治疗：主要针对休克、呕吐、肌肉痉挛进行相应治疗，可参照相关章节。

【注意事项】

1. 霍乱是人类传染病，传染源是病人和带菌者，主要通过水、食物、生活接触和苍蝇等传播，开展以“三管一灭”（管好水源、粪便、饮食，消灭苍蝇）和做好重点地区和重点人群的预防接种、疫情监测，这也是我国多元素的预防霍乱的经验，但目前国外霍乱流行呈上升趋势，必须引起高度重视，把住国门关、预防关。

2. 霍乱的治疗关键在于及时、足量补液，注意酸碱平衡、电解质平衡，注意监测脱水情况、血压情况及心功能情况。遵循“先盐后糖、先快后慢，纠酸补钙，见尿补钾”的原则。

3. 儿童霍乱病情进展较快，失水较严重，粪便中钠氯量低而含钾量高，易发生低血糖氨迷、脑水肿和低钾血症，应尽早纠正脱水和补充钾盐。4 岁以上儿童和婴幼儿最初 15 分钟内补液速度分别为 20～30 ml 和 10 ml，此后根据病情调整。儿童入院 24 小时输液应按轻、中、重型分别以 100～150 ml/kg、150～200 ml/kg、200～250 ml/kg 计算。

4. ORS 配方为每升含葡萄糖 20 g、氯化钠 3.5 g、碳酸氢钠 2.5 g 和氯化钾 1.5 g。

5. 对霍乱接触者应严格检疫 5 天，也可给予预防性服药，如多西环素（第 1 日 200 mg，第 2 日 100 mg）或诺氟沙星（200 mg，每日 3 次，连服 2 日）。

6. 出院标准：临床症状消失 6 天，粪便隔日培养 1 次，连续 3 次阴性，可隔除隔离出院。如无条件培养粪便，需隔离患者至临床症状消失后 15 天，方可出院。

五、 流行性感冒

流行性感冒（流感）是指由流感病毒引起的急性呼吸道传染病，常分为甲、乙、丙三型，其中甲型易引起流行或大流行，乙型易引起局部暴发流行，丙型易引起散发。由于流感具有传染性强，发生突然，发生率高，传播迅速，流行面广，具有一定的季节性、周期性。对人类易造成严重的灾难。流感临床主要表现为：鼻塞、流涕、咽痛、咳嗽、发热、头痛、全身酸痛等，常分为轻型、单纯性、流感病毒性肺炎、胃肠型及中毒型等。近些年来出现的人禽流感和甲型 H1N1 流感，均为甲型流感变异后的新类型，传播广，流行范围广，值得引起重视。

【诊断要点】

1. 疑似病例：① 近期本地区或邻近地区有类似患者，并逐渐增多。② 出现急性畏寒、发热、头痛、浑身酸痛和乏力等中毒症状，并伴有呼吸道卡他症状。③ 出现恶心、呕吐和腹泻症状，但发病急而恢复快并伴有呼吸道卡他症状。④ 流感流行期“上呼吸道感染”患者。

2. 确诊病例：① 从患者鼻咽部采集标本，或从死者组织中分离到流感病毒，或查到流感病毒颗粒或特意蛋白或其特意核酸成分。② 测定恢复期血清抗体比急性期有≥4 倍升高，或恢复期血清用 NP 抗原进行特异补体结合测定，其效价≥1∶32。③ 甲型 H1N1 流感病毒核酸阳性对诊断甲型 H1N1 流感有重要价值。

【治疗要点】治疗原则：加强护理，对症处理，防治并发症。

1. 一般治疗　注意呼吸道隔离，卧床休息，多饮水，保持鼻咽部清洁，避免受凉；提倡戴口罩，健康人、患者都戴，不互相握手，食具、手帕等要煮沸消毒，最好使用一次性消毒纸巾；注意室内通风，尽量利用日光的消毒作用，衣服可放在日光下暴晒 2 小时，室内可用过氧乙酸或乳酸熏蒸消毒，或用含氯消毒剂消毒；还可考虑使用金刚烷胺等预防。要保持充足的睡眠。

2. 中医药治疗

(1) 生姜红糖茶：适用于流感头痛、鼻塞、流涕。常以生姜 3 片、红糖适量，开水泡饮。

(2) 葱豉黄酒汤：适用于流感发热、恶寒、流涕。常以豆豉 15 g 加水煎煮 10 分钟，再加葱须 30 g，再煎，最后加黄酒 50 ml，出锅饮用。

(3) 七星针疗法：又称为梅花针疗法和皮肤针疗法，是由单针刺激发展而来，对流感风寒型取列缺、风池、合谷等穴；风热型取大椎、曲池、合谷、外关、鱼际等穴。以上两型均可取交替的穴位，重点刺激颈椎 4～7、胸椎 1～5(双侧)。

3. 综合治疗　如补液、退热、止咳、化痰等，常用的药物主要有：对乙酰氨基酚(百服宁)、利巴韦林、板蓝根冲剂、柴胡冲剂、抗病毒颗粒、青霉素等。

(1) 流感的早期，可用：

利巴韦林(病毒唑)　0.2 g　每日服 3 次　连用 3～5 日
或　伐昔洛韦　300 mg　口服　每日 2 次　连用 3～5 日
对乙酰氨基酚(扑热息痛)　0.5 g　必要时每日服 2 次
伤风咳嗽糖浆　10 ml　每日服 3 次
维生素 C　0.1 g　每日 3 次
或　维 C 银翘片 3 片　每日 3 次
复方甘草合剂　10 ml　每日 3 次

(2) 流感病毒性肺炎或合并继发感染者，可用：

药物	剂量	用法
利巴韦林	10 mg/kg	缓慢静脉滴注
10%葡萄糖注射液	500 ml	每日 1 次或分 2 次
青霉素	240 万 U	(皮试阴性)
10%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　每日 1～2 次

【注意事项】① 注意当地的流行病学情况。② 注意及时隔离。③ 特别要注意病情观察。单纯性患者常于3～4日内退热，预后良好，但老人和原有慢性器质性疾病者预后严重，应予警惕。对甲型流感可用达菲和中西医结合治疗，目前来看疗效较为满意。

六、人禽流感

人禽流行性感冒（简称人禽流感）是由甲型流感病毒某些感染禽类亚型中的一些毒株引起的急性呼吸道传染病。

【诊断要点】① 传染源主要为患禽流感或携带禽流感病毒的鸡、鸭、鹅等禽类。经呼吸道传播，也可通过密切接触感染的家禽分泌物和排泄物、受病毒污染的物品和水等被感染，直接接触病毒毒株也可被感染。② 主要临床表现为高热、咳嗽和呼吸急促，病情轻重不一，其中高致病性人禽流感常由H5N1亚型引起，病情严重，可出现毒血症、感染性休克、多器官功能衰竭以及瑞氏（Reye）综合征等多种并发症而致人死亡。③ 病原学检查帮助明确诊断，指导治疗。

【治疗要点】治疗原则：隔离，对症、支持治疗，防治并发症。

1. 一般治疗　注意休息、多饮水、增加营养，给易于消化的饮食。密切观察、监测并预防并发症。

2. 药物治疗　根据临床表现可应用解热药、缓解鼻黏膜充血药、止咳祛痰药等。抗菌药物应在明确继发细菌感染时或有充分证据提示继发细菌感染时使用。

抗病毒治疗：奥司他韦（达菲）　1.5 mg/kg　口服　每日2次　5日为一疗程

或　金刚烷胺　2.5 mg/kg　口服　每日2次　5日为一疗程

【注意事项】① 抗病毒治疗应在发病48小时内试用；新生儿和1岁以内的婴儿不推荐使用奥司他韦。② 对疑似病例、临床诊断病例和确诊病例均应进行隔离治疗，并即时上报。③ 重症患者应当送入ICU病房进行救治，并注意营养、血氧监测和呼吸支持，防治继发细菌感染及其他并发症。重症患者预后差，死亡率高。④ 出院标准：12岁（含12岁）以下儿童，应同时具备下列条件，并持续7日以上：A. 体温正常；B. 临床症状消失；C. 胸部X线影像检查显示病灶明显吸收可出院，如自发病至出院不足21日的，应住院满21日后方可出院。

七、甲型H1N1流感

甲型H1N1流感是由甲型H1N1流感病毒引起的一种急性、人畜共患的呼吸道传染性疾病。该毒株包含有猪流感、禽流感和人流感三种流

感病毒的基因片段，是一种变异后的新型甲型流感病毒，通过飞沫、气溶胶、直接接触或间接接触传播。1976 年美国约 500 人感染了猪流感 H1N1 亚型病毒；1988 年美国发现了甲型 H3N2 流感病毒；1999 年，中国香港 1 名 10 个月的女婴感染了猪流感病毒 H3N2；2009 年 4 月，美国、墨西哥、加拿大、西班牙出现了甲型 H1N1 流感的暴发流行，迅速波及 170 多个国家和地区。

【诊断要点】

1. 具有与本病病人的接触史。

2. 临床主要表现为发热、流涕、鼻塞、咳嗽、头痛、肌痛乏力等，部分患者来势凶猛、高热，常并发严重肺炎、急性呼吸窘迫综合征、肺出血、胸腔积液、细胞减少、急性肾衰竭、休克、败血症，最终导致多器官衰竭死亡（目前死亡率为 1.154%）。

3. 疑似病例　符合下列情况之一即可诊断为疑似病例：① 发病前 7 天与甲型 H1N1 流感疑似或确诊病例有密切接触（在无有效防护的条件下照顾患者，与患者共同居住、暴露于同一环境，或直接接触患者的气道分泌物或体液），出现流感样临床表现。② 发病前 7 天内曾到过甲型 H1N1 流感流行（出现病毒的持续人间传播和基于社区水平的流行和暴发）的国家和地区，出现流感样临床表现。③ 出现流感样临床表现，甲型流感病毒检测阳性，但进一步检测排除既往已存在的亚型。

4. 确诊病例　出现流感样临床表现，同时有以下一种或几种实验室检测结果。① 甲型 H1N1 流感病毒核酸检测阳性（可采用 real-time RT-PCR 和 RT-PCR 方法）。② 分离到甲型 H1N1 流感病毒。③ 血清甲型 H1N1 流感病毒的特异性中和抗体水平呈 4 倍或 4 倍以上升高。

【治疗要点】治疗原则：早发现、早诊断、早隔离、早治疗。

1. 一般治疗　休息，多饮水，密切观察病情变化；对高热病例可给予退热治疗。

2. 抗病毒治疗　应及早应用抗病毒药物。初步药敏试验提示，甲型 H1N1 流感病毒对奥司他韦（oseltamivir）和扎那米韦（zanamivir）敏感，对金刚烷胺和金刚乙胺耐药。

奥司他韦：应尽可能在发热 48 小时内使用（36 小时内最佳），疗程为 5 天。奥司他韦的成人用量为 75 mg，每日 2 次；1 岁及以上年龄的儿童患者应根据体重给药；体重不足 15 kg 者，予 30 mg，每日 2 次；体重 15～23 kg 者，45 mg，每日 2 次；体重 23～40 kg 者，60 mg，每日 2 次；体重大于 40 kg 者，75 mg，每日 2 次。对于吞咽胶囊有困难的儿童，可选用奥司他韦混悬液。

3. 其他治疗

（1）如出现低氧血症或呼吸衰竭的情况，应及时给予相应的治疗措

施，包括吸氧、无创机械通气或有创机械通气等。

（2）出现其他脏器功能损害时，给予相应支持治疗。

（3）对病情严重者（如出现感染中毒性休克合并急性呼吸窘迫综合征），可考虑给予小剂量糖皮质激素治疗。不推荐使用大剂量糖皮质激素。

（4）合并感染时，给予相应抗菌药物治疗。

4. 中医辨证治疗　推荐使用国产莲花清瘟胶囊。

【出院标准】甲型 H1N1 流感确诊病例同时满足下列条件时，可以出院：一是体温正常，流感样症状消失 3 天或 3 天以上，无并发症，临床情况稳定；二是流感样症状消失后，次日起连续 2 天（每天 1 次），咽拭子甲型 H1N1 流感病毒核酸检测均为阴性。

社区防控甲流不妨补点维 C（预防甲型 H1N1 流感），大剂量维生素 C 可提高机体的应激能力，促进免疫细胞的活性，已被广泛用于多种疾病的辅助治疗，以及健康人对疾病的预防。作为一种水溶性的抗氧化剂，维生素 C 能破坏病毒的核酸成分，并有助于提高免疫细胞的噬菌能力，减轻病毒对体内细胞的侵害。

【注意事项】① 按照卫生行政主管部门的要求对本病进行隔离、预防和管理。治疗应由专科医院统一处理，亦可由指定医院按相关要求进行隔离与治疗。② 加强预防：主要包括控制传染源，切断传播途径，保护健康人群，及时使用甲型 H1N1 流感疫苗预防，并优先用于高危人群。③ 提高全民、全社会防控意识。加强并发的流行病学、病情发展及并发症的监测，对重症患者要积极治疗，切莫延误。

八、传染性非典型肺炎

传染性非典型肺炎（简称非典）作为一个新出现的传染病，其诊断治疗也较困难，随着对该病认识的逐步深化，卫生部多次对诊断标准进行了修改，美国也于 2003 年 4 月 29 日修订了的诊断标准。世界卫生组织将传染性非典型肺炎称为严重急性呼吸综合征（Severe Acute Respiratory Syndrome，SARS），属乙类传染病，也是国家检疫传染病。本病常以发热起病，病情发展很快，传播力极强，2003 年初流行，医护人员感染率 22.3%，值得重视。

【诊断要点】① 流行病学资料：常与 SARS 患者有密切接触史。② 起病急，以发热为首发症状，常无上呼吸道卡他症状。③ 胸部 X 线检查：胸部有不同程度的片状、斑片状浸润阴影，累及多叶或双侧肺。④ 呈现低氧血症。⑤ 休克或多器官功能障碍综合征。

【鉴别诊断】主要与急性肺损伤（ATI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）相鉴别，此两症常为 SARS 重症的一部分，但也可单独存在，其鉴

别主要在于病史和胸部的X线改变。

【治疗要点】治疗原则：虽然SARS的致病原已经基本明确。但发病机制仍不清楚，目前尚缺少针对病因的治疗。

1. 一般治疗　临床上应以对症支持治疗和针对并发病的治疗为主。尽量避免多种药物长期、大剂量地联合使用。治疗要点主要有抗病毒治疗、免疫治疗、抗菌药物选用、糖皮质激素的使用、中药治疗、对症治疗、氧疗等，尤其强调中西医结合治疗，积极防治并发症。

2. 药物治疗

(1) 早期抗病毒治疗：

利巴韦林(病毒唑)　每次10～15 mg(kg·d) ｜ 每日分3次　静脉滴注
5%葡萄糖注射液　500 ml ｜ 连滴7日

警示：① 对肾功能不全的患者、老年人、婴幼儿及孕妇慎用。② 应用过程中注意复查肝、肾功能及白细胞。③ 病情严重者可选用阿昔洛韦、更昔洛韦。

(2) 本病继发葡萄球菌感染：

青霉素　240万～480万U ｜ (皮试阴性)　静脉滴注
5%葡萄糖注射液　500 ml ｜ 每日3次　连滴7日

(3) 疾病中期，可用：

头孢他啶(复达欣)　1～3 g ｜ (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　250 ml ｜ 静脉滴注　每日1次　连滴7日

阿米卡星(丁胺卡那霉素)　0.2～0.4 g　肌内注射　每日2～3次　连用7日

地塞米松　5～10 mg ｜ 静脉滴注
5%葡萄糖注射液　250 ml ｜ 每日1～2次　连滴7日

警示：① 头孢他啶不应和碳酸氢钠在同一注射瓶内静脉滴注。② 老年人伴肾功能不全或无尿患者宜减量或暂停。③ 糖皮质激素在此方内作加强疗效使用，本病用作治疗时剂量应加大，治疗常用：

甲泼尼龙　80～160 mg ｜
生理盐水　100 ml ｜ 静脉滴注　每日2～3次

【注意事项】① 一旦疑似本病，即应与患者家属沟通，进行隔离，并及时上报转专科医院诊治。同时密切监测病情变化，早期复查体温、呼吸、血气、血象及胸片等。② 流行期各级医院应成立“发热”专科门诊，做到及时诊治、及时隔离，不漏诊。③ 糖皮质激素应用指征：A. 高热不退；B. 48小时内肺部阴影进展>50%；C. 出现ALI或ARDS。其用量、用法、减退、停药必须由上级医师决定。④ 无创正压、机械通气指征：呼吸频率>30次/min，吸氧3～5 L/min时SaO_2<93%。若无效或不能接受

者，应及时考虑进行有创的正压通气治疗。

九、 手足口病

手足口病是由肠道病毒（以柯萨奇 A 组 16 型 CoxA16、肠道病毒 71 型 EV71 多见）引起的急性传染病，多发生于学龄前儿童。

【诊断要点】根据卫生部 2010 年版卫生部《手足口病诊疗指南》

临床诊断

1. 在流行季节发病常见于学龄前儿童，婴幼儿多见。

2. 发热伴手、足、口、臀部皮疹，部分病例可见发热。

极少数重症病例皮疹不典型，临床诊断困难，需结合病原学或血清学检查做出诊断。无皮疹病例，临床不宜诊断为手足口病。

确诊：临床诊断病例具有下列之一者即可确诊。

1. CoxA16、EV71 特异性核酸检测阳性。

2. 分离出 CoxA16、EV71 等肠道病毒。

3. 急性期与恢复期血清 CoxA16、EV71 中和抗体有 4 倍以上的升高。

【鉴别诊断】

1. 儿童发疹性的其他疾病：注意与丘疹性荨麻疹、水痘、不典型麻疹、幼儿急疹、带状疱疹以及风疹等鉴别。可根据流行病学特点、皮疹形态和部位、出疹时间、有无淋巴结肿大以及伴随症状等进行鉴别，最终可依据病原学和血清学检测进行鉴别。

2. 其他病毒所致脑炎或脑膜炎或脊髓灰质炎与手足口病合并中枢神经系统损害的重症病例表现相似，主要根据病原学和血清学检查进行鉴别。

此外，尚应注意与肺炎、暴发性心肌炎鉴别，常依据胸部 X 线摄片、ECG 检查及病原学血清学检查进行鉴别。

【治疗要点】

治疗原则：注意隔离，加强护理，及时抗病毒治疗。

1. 普通病例：及时隔离，适当休息，饮食清淡，加强护理。常用利巴韦林 2 mg 含化，每 2 小时 1 次

2. 重症病例

(1) 神经系统受累治疗

① 抗病毒药物：常用利巴韦林 10～15 mg/kg·d 口服或静滴或选用更昔洛韦。

② 控制颅内高压，限制入量，积极给予甘露醇降压治疗，每次 0.5～1.0 g/kg，每 4～8 小时 1 次，20～30 分钟快速静脉注射，必要时加用呋噻米。

③ 酌情应用糖皮质激素治疗，参考剂量：甲基泼尼松龙 1～2 mg/kg·d，

氢化考的松 3～5 mg/kg · d，地塞米松 0.2～0.5 mg/kg · d，病情凶险者可考虑加大剂量。

④ 酌情应用免疫球蛋白，总量 2 g/kg，分 2～5 天静脉注射。

⑤ 对症治疗：降温、镇静、止惊

(2) 呼吸、循环、衰竭治疗：参照呼吸衰竭、心力衰竭。

(3) 恢复期治疗：促进各脏器功能恢复，及时进行康复训练，中西医结合治疗。

【注意事项】① 手足口病是病毒感染，不宜用抗生素。重症病例根据病情可给予有效抗生素防治肺部细菌感染。② 手足口病有自限性，主要是对症治疗，防治并发症。③ 手足口病应与常见病如上呼吸道感染、水痘等鉴别。④ 重症病例在治疗的同时，应严格观察病情变化，密切监测呼吸、心率、血压和血氧饱和度，随时评估病情变化，注意严重并发症，保护重要脏器功能并监测血糖变化，必要的可皮下或静脉注射胰岛素。⑤ 具有以下特征的变化可能在无定期内发展为危重病例，更应密切观察病情变化，开展必要的辅助检查，有针对性地做好救治工作：A. 年龄小于 3 岁；B. 持续高热不退；C. 末梢循环不良；D. 呼吸、心率明显增快；E. 精神差、呕吐、抽搐、肢体抖动或无力；F. 外周血白细胞计数明显增高；G. 高血糖；H. 高血压或低血压。

十、 肠道病毒感染

肠道病毒包括轮状病毒、诺瓦克病毒、腺病毒以及新型肠道病毒等，其临床表现复杂多样，大多属轻症状，只有头痛、乏力、低热、肌痛等，但重症可引起无菌性脑膜炎、脑炎、瘫痪性疾病、心肌炎，也可危及生命。肠道病毒感染因临床表现复杂，诊断上不能忽视流行病学资料及病毒学鉴定。某些典型症候群的出现，如流行性胸痛或肌痛、婴儿急性心肌炎、疱疹性咽峡炎等有助于提示诊断，但确诊有赖于检测病原和抗体。

【诊断要点】

1. 轮状病毒感染：① 有与本病病人的密切接触史，秋冬季为流行高峰。患儿多为 6 个月～2 岁的婴幼儿，少数成人也可感染。② 急性起病，大部分发热在 39℃左右，持续 3～4 日，每日大便 4～10 次，甚至数十次，呈淡黄色，绿色或白色水样便，少数为黏液便。常有高渗性脱水，代谢性酸中毒。成人症状轻。③ 本病为自限性疾病，平均病程约 5～7 日，也可有复发。④ 对流免疫电泳、RNA 聚丙烯胺凝胶电泳及轮状病毒抗体检测有助于诊断。粪镜检可见脂肪球。

2. 诺瓦克病毒感染：① 发病季节多在 9 月至次年 4 月间，常引起年长儿童及成人发病。② 常突然起病，多以腹泻或痉挛性腹痛开始。腹泻

每日 4～8 次，呈稀便或水样便，常伴恶心呕吐，有低热或中热。③ 诺瓦克病毒抗原、抗体检查有助于诊断。④ 白细胞计数正常或略高，粪镜检无特殊所见。

【鉴别诊断】常见肠道病毒感染的鉴别诊断见表 3-1-4。

表 3-1-4　常见肠道病毒感染的鉴别诊断

	轮状病毒感染	诺瓦克病毒感染
发病时间	秋冬季	9 月～次年 4 月
发病年龄	6 个月～2 岁 成人较少发	年长儿童及成人
腹泻	4～10 次/d 甚至数十次	腹泻 4～8 次/d
腹痛	不明显	痉挛性腹痛
呕吐	较少见	较多见
发热	39℃左右	低热→中热
并发症	失水、酸中毒	少
抗体检测	轮状病毒抗体呈 4 倍增加	诺瓦克抗体呈 4 倍增加

【治疗要点】治疗原则：对症治疗，防治继发感染。

1. 一般治疗　注意休息、护理，急性心肌炎伴心力衰竭时应绝对卧床休息。若吐泻频繁应禁食 12～24 小时。

2. 药物治疗　尚无特效的治疗药物，以对症处理为主。

(1) 本症轻症病例，可用：

板蓝根冲剂　6～12 g　口服　每日 2 次

维生素 C　100 mg　口服　每日 2～3 次

(2) 治疗 4～14 岁肠道病毒性脑膜炎患者，可用：

普来可那立　2.5～5.0 mg/kg　口服　每日 2 次　连用 7 日

(3) 严重病例，可用：

a-2a 干扰素　80 万 U/(kg·d)　深部肌内注射　每日 1 次

(4) 轻中度脱水：可用口服补液(ORS)，每 1 000 ml 中含氯化钠 3.5 g，碳酸氢钠 2.5 g，氯化钾 1.5 g。葡萄糖注射液 22 g，若合并酸中毒，应按酸中毒程度予以纠正。

【注意事项】① 干扰素首次用药常有发热、头痛、肌肉酸痛等不适，类似感冒症状，应用数次后可消退。还可引起白细胞和血小板减少、脱发、神经系统不良反应等。其他剂型的干扰素亦可选用。② 轮状病毒感染在秋冬季约占婴幼儿腹泻的 50%～80%，本病遍及世界各地，我国感染的婴幼儿也较多。对流免疫电泳操作简便、快速，2 小时即可完成，可作为

基层医疗机构的常规诊断方法。③ 重症病例视病情可采用静脉注射丙种球蛋白治疗。④ 普来可那立也可用于治疗新生儿肠道病毒感染。⑤ 在夏秋季遇到原因不明的皮疹及发热时,应考虑到肠道病毒感染。当肠道病毒侵犯中枢神经系统时,需注意与其他病原体引起的神经系感染鉴别。

十一、 脊髓灰质炎

脊髓灰质炎(俗称小儿麻痹症)是指灰质炎病毒侵犯婴幼儿所引起的一种中枢神经系统传染病。临床上常表现为发热、多汗、嗜睡、头痛、感觉过敏及分布不规则和轻重不等的弛缓性麻痹,可分离出灰质炎病毒,并出现特异性 IgM 抗体阳性。

【诊断要点】① 夏秋季多发。② 常发于 6 个月至 5 岁儿童。③ 临床主要表现为病初多汗、烦躁、嗜睡、头痛、四肢痛、感觉过敏、咽痛等,继而出现分布不规则的弛缓性瘫痪或延脑型瘫痪。④ 实验室检查:脑脊液或血清抗脊髓灰质炎病毒 IgM 抗体阳性或 IgG 抗体滴度升高 4 倍。

【鉴别诊断】本病需与多发性神经根炎、家族性周期麻痹相鉴别。通过病史、血钾及脑脊液检查不难鉴别。

【治疗要点】治疗原则:对症治疗,恢复期康复锻炼。

1. 一般治疗　卧床休息、隔离,饮食宜清淡,但富营养,根据病情做适当的对症处理,如吞咽困难应及时清除咽部分泌物,必要时作气管切开,如呼吸麻痹应使用人工呼吸机,恢复期对麻痹肢体予针灸、按摩、理疗及康复训练。

2. 药物治疗　适当使用促进瘫痪肢体功能恢复的相关药物。

(1) 本症前驱期及瘫痪前期,可用:

维生素 C　2 g
50%葡萄糖注射液　20 ml
静脉注射　每日 2 次　连用 10 次

(2) 本症瘫痪期,可用:

地巴唑(幼儿每次 3 mg 儿童每次 5 mg)口服　每日 3 次　连用 1～2 个月

或　加兰他敏　0.05～0.1 mg/(kg · d)肌内注射　每日 1 次　连用 10 日　休息一周　可重复 2 个疗程

【注意事项】① 在急性期应加强护理,密切观察病情变化,避免不必要的手术,如发热较高、病情进展迅速,必要时应用丙种球蛋白 3～6 ml 肌内注射,连用 3 日;如病情严重,尚可考虑使用糖皮质激素,一般使用 3～5 日。② 康复恢复期,针灸、推拿、按摩有一定作用。③ 本病有少数病人出现尿潴留,应尽早留置导尿,积极防治尿路感染,注意检查残余尿

量，若在 1 000 ml 左右，应不再保留导尿。

十二、 流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎（流脑）是指由脑膜炎奈瑟菌所引起的化脓性脑膜炎，属急性呼吸道传染病，经呼吸道传播。我国为高发国家之一，20 世纪 80 年代前曾发生过 5 次大流行，列入乙类传染病管理。本病临床表现为突发高热、剧烈头痛，频繁呕吐、皮肤黏膜瘀点和脑膜刺激征，严重者可发生败血症、休克和脑实质损害，脑脊液呈化脓性改变，脑脊液、血或皮肤瘀点细菌培养脑膜炎奈瑟菌阳性或涂片检查有革兰阴性双球菌。

【诊断要点】① 疑似病例：冬季突发高热、头痛、呕吐、项强、烦躁、抽风、血白细胞计数和中性粒细胞增多或脑脊液呈化脓性改变。② 确诊病例：A. 与流脑患者有密切接触史；B. 皮肤黏膜有出血点或瘀斑、脑膜激征阳性，婴儿前囟隆起，但无其他呼吸道感染病史和化脓病史；C. 脑脊液、血或皮肤出血点细菌培养脑膜奈瑟菌阳性或涂片检查有革兰阴性双球菌；D. 恢复期血清抗流脑特异抗体滴度较急性期呈 4 倍以上升高；E. 脑脊液或血液、尿液中流脑特异抗生素原阳性。

【鉴别诊断】流脑与乙脑鉴别诊断见表 3－1－5。

表 3－1－5　流脑与乙脑鉴别诊断

	流　脑	乙　脑
发病季节	冬、春，3、4 月为高峰	仲夏、早秋，8、9 月达高峰
好发年龄	任何年龄	儿童及青年
病原	脑膜炎双球菌	肠道病毒
传染方式	飞沫	蚊虫
脑膜刺激征	明显，持续时间较长	阳性，但不及流脑明显，持续时间短
脑脊液	脓性，涂片可找到脑膜炎双球菌，细胞以中性为主	微混，找不到细菌，细胞分类以淋巴为主
血白细胞	增高，以中性为主	大多正常
治疗	抗生素有效	抗病毒治疗有一定效果

【治疗要点】治疗原则：早期诊断、及时隔离、选用敏感抗菌药，防治并发症。

1. 一般治疗　住院呼吸道隔离至临床症状消失后 3 日，接触者检测 7 日，急性期卧床休息，密切观察病情变化，恢复期加强锻炼，加强护理。

2. 药物治疗　一旦怀疑本病，应在 30 分钟内给予病原治疗，通常选

用敏感抗菌药，如青霉素、头孢曲松、氯霉素、磺胺类药物等。

(1) 一般流脑患者，可用：

青霉素	240 万～480 万 U	(皮试阴性) 静脉滴注
5%葡萄糖注射液	250～500 ml	每日 1 次 5～7 日为 1 疗程

(2) 青霉素过敏者，可用：

氯霉素	2～3 g	静脉滴注 每日 1 次
5%葡萄糖注射液	250～500 ml	5～7 日为 1 疗程

(3) 耐青霉素和耐氯霉素的流脑菌株：

	头孢曲松	2 g	(皮试阴性) 静脉滴注
	5%葡萄糖注射液	250～500 ml	每日 1 次 5～7 日为 1 疗程
或	头孢他啶	2 g	(皮试阴性) 静脉滴注
	5%葡萄糖注射液	250～500 ml	每日 1 次 5～7 日为 1 疗程

(4) 流脑合并颅压增高者，可用：

20%甘露醇 1～2 g/kg 静脉滴注或静脉快速滴注 4～6 小时后可重复

亦可以 50%葡萄糖注射液 40～60 ml 静脉注射与甘露醇交替使用

或	呋塞米	20 mg	静脉注射 每日 2 次
	10%葡萄糖注射液	10 ml	

【注意事项】① 对密切接触流脑患者的人，必须实施监测，必要时可口服磺胺甲噁唑(复方新诺明)或利福平预防。② 高度疑似患者必须及时转专科医院治疗。③ 暴发型流脑病情凶险，病死率高，一旦疑似诊断，必须一方面向患者家属交代病情，一方面及时上报，请求转院或支援。④ 积极防治并发症，如脑水肿、脑疝、呼吸衰竭、肺部感染等，一旦出现任何一种都可能危及生命，必须高度重视。

十三、 病毒性脑炎

病毒性脑炎是指由各种病毒引起的脑实质炎症。最常见的为乙型脑炎和单纯疱疹病毒性脑炎。主要表现为脑实质损害及颅内压增高的症状，可有头痛、呕吐、嗜睡、昏迷、惊厥或精神行为异常等，仅 1/3～2/3 病儿脑脊液异常，脑电图以弥漫性或局限性异常慢波改变为特征。特异性血清学检查和病毒分离可帮助诊断。

【诊断要点】

1. 乙型脑炎的诊断标准

疑似病例：在疾病流行地区的蚊虫叮咬季节出现发热、头痛、恶心、呕吐、嗜睡、颈抵抗、抽搐等中枢神经系统症状。

确诊病例：① 曾在疫区有蚊虫叮咬史。② 高热、昏迷、肢体痉挛性瘫痪，脑膜刺激症状及大脑锥体束受损（肌张力增强，巴彬斯基征阳性）。③ 高热、昏迷、抽搐、狂躁进而呼吸衰竭、循环衰竭而死亡。④ 从脑组织、脑脊液或血清中分离乙脑病毒。⑤ 脑脊液或血液中特异性 IgM 抗体阳性。⑥ 恢复期血清中特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍以上升高者或急性期抗体阴性，恢复期抗体阳性。

临床诊断：疑似病例加①和②，或①＋②＋③，并排除细菌性脑膜炎。

实验诊断：疑似病例加④或⑤或⑥。

2. 单纯性疱疹病毒性脑炎的诊断要点：① 本病是由单纯疱疹病毒所引起的急性中枢神经系统感染，是散发性病毒脑炎中最常见的类型。② 临床表现为急性起病，有发热、脑膜刺激及脑实质的局灶性症状，以意识障碍、精神障碍等症群为主。③ 常有口唇疱疹病史。④ CT、MRI。⑤ 确诊需在脑组织或脑脊髓（CSF）中检测到单纯疱疹病毒（HSV）抗原或抗体。聚合酶链反应（PCR）技术作 CSF 的 HSV 声望 DNA 检测能早期明确诊断。脑髓液的 HSV 抗体检测可作回顾诊断和治疗监护。⑥ 特异性抗病毒药物治疗有效。

【治疗要点】治疗原则：急性期对症处理，抢救患者生命，减轻脑损害，减少并发症，避免后遗症；恢复期运动功能及智力训练，力争将后遗症减少到最低。

1. 一般治疗　精心护理，密切观察病情，重症需持续测生命体征。密切观察颅内压增高征象，维持水、电解质平衡，对昏迷不能进食病儿需要鼻饲喂养，对营养状况不良者给予静脉营养或白蛋白。注意保持呼吸道通畅，防止吸入；注意勤翻身防止发生褥疮、深静脉血栓，保证无菌操作，以防发生感染。

2. 药物治疗

(1) 抗病毒，可用：

阿昔洛韦　0.5 g
生理盐水　250 ml　静脉滴注　每日 1～3 次　连用 10～20 日

或　更昔洛韦　0.5 g
生理盐水　250 ml　静脉滴注　每日 2 次　连用 10～20 日

或　膦甲酸钠　0.3 g
生理盐水　250 ml　静脉滴注　每日 1～2 次

干扰素 α　100 万 IU　肌内注射　每日 1 次

(2) 脑水肿和颅内高压，可用：

20％甘露醇　2.5～5 mg/kg　静脉注射　4～6 小时后可重复

或　地塞米松　0.5～1.0 mg/kg　静脉注射　每 6～8 小时 1 次

或　呋塞米　0.5～2.0 mg/kg　静脉注射　每日 2～4 次
或　10%白蛋白　0.5～1.0 g　静脉注射　每日 1～2 次

(3) 止惊,用于惊厥发作及严重精神行为异常者,可用:

地西泮(安定)　0.3～0.5 mg/kg　静脉注射　即刻
或　地西泮　0.3～0.5 mg/kg　灌肠　即刻
或　10%水合氯醛　0.4～0.5 ml/kg　灌肠　即刻

警示:① 地西泮可谨慎直接静脉注射,速度不超过 1～2 mg/min,一次总量不超过 10 mg,静脉困难时可经直肠注入比肌内注射见效快,静脉注射时密切观察有无呼吸抑制。② 地西泮作用维持时间短,必要时 0.5～1 小时后可重复给药 1 次,24 小时内可用药 2～4 次。如惊厥频繁发作可加用长效抗惊厥药。③ 10%水合氯醛 1 次极量为 10 ml。

【注意事项】① 诊断或怀疑为单纯性疱疹病毒(HSV)感染者应及早应用阿昔洛韦(无环鸟苷),该药对水痘-带状疱疹病毒、巨细胞病毒、EB 病毒都有一定作用。使用时应注意每次给药时间不应少于 1 小时,疗程 10～14 日。静脉用药者若漏出血管外可引起局部炎症或溃疡,应及时与病员家属沟通。② 对严重的昏迷病人,应给予复方氨基酸、输血、丙种球蛋白等支持治疗。③ 持续头痛、呕吐提示颅内压增高;持续高热说明病情重,脑损伤较严重,或合并其他感染;精神行为异常说明有脑实质(尤其是额叶、颞叶)损害,应立即给予脱水治疗。④ 脑电图的恢复常迟于临床,一般轻度脑炎需 2～4 周,重症需数月至数年以上。⑤ 某些病毒易侵犯小脑,临床上仅有小脑炎的表现,易被忽略。⑥ 更昔洛韦抗 HSV 作用是阿昔洛韦的数十倍,毒性较低,对阿昔洛韦 HSV 突变时仍敏感。老一代的抗病毒药物已极少使用。

十四、百日咳

百日咳是指由百日咳嗜血杆菌所引起的急性呼吸道传染病。一年四季均可发生,5 岁以下儿童占 90%。临床分三期:卡他期以咳嗽为主。三周后进入疼痛期,表现出明显的阵发性、痉挛性咳嗽伴鸡啼样吼声。持续 4～6 周进入恢复期,血清中出现相应抗体。

【诊断要点】① 流行季节,接触过百日咳患者。② 临床主要表现为阵发性痉挛性咳嗽,伴咳嗽末鸡啼样吸气吼声,夜间重,多发生于儿童,病程可持续 2～3 个月以上,易并发肺炎。③ 血清凝集试验阳性或鼻咽拭子荧光抗体阳性有助于诊断。④ 外周血中白细胞总数显著增加,淋巴细胞占 50%以上。⑤ 从病人的痰和咽喉部分离到百日咳嗜血杆菌。

【鉴别诊断】① 阵发性咳嗽并非百日咳的特有症状,也可由其他疾病如支气管炎、衣原体肺炎、病毒性肺炎、结核以及异物、淋巴结肿大或恶性

疾病所致的气道外压迫等引起。支气管炎、肺炎患者多伴有明显呼吸道症状，如咳喘、气促以及肺部体征等，且阵咳间歇期呼吸困难并不缓解等可予鉴别。肺门淋巴结核当肺门淋巴结肿大时，可压迫气管引起阵咳，但无鸡啼样吸气声，根据结核中毒症状、结核菌素试验、肺部X线检查等有助于诊断。气管内异物有异物吸入史及X线检查可予确诊。② 百日咳综合征：有的患者表现为百日咳痉咳、鸡啼样吸气声等，但常分离出腺病毒、合胞病毒、肺炎支原体和副百日咳杆菌，估计有20%的病例由这类病原体引起，但需病原学检查方能确诊。

【治疗要点】治疗原则：抗感染、减轻痉咳和积极防治并发症。

1. 一般治疗　病儿应隔离在空气清新的居室内，避免烟雾刺激，给予易消化、营养丰富的饮食。

2. 药物治疗

(1) 本病抗感染用药：

红霉素　40～50 mg/(kg·d)　分4次口服　连用7日

或　克拉霉素　15 mg/(kg·d)　分2次口服　连用7日

或　阿奇霉素　10 mg/(kg·d)　1次口服　连用5次

或　复方磺胺甲噁唑(复方新诺明)　50 mg/(kg·d)　分2次口服　连用7日

(普通型百日咳选用1种抗菌药物即可，严重病例可适当增加。)

(2) 本病减轻咳嗽和呼吸困难，可用：

泼尼松　1～2 mg(kg·d)　分2次服用　连用3～5日

或　沙丁胺醇(舒喘灵)婴幼儿每次1.2 mg　口服　每日3次　较大儿童每次2.4 mg　连用5～7日

警示：沙丁胺醇用药期间可有肌颤、心悸、心动过速、头昏等不良反应，慎用于心功能不全、甲状腺功能亢进、糖尿病患者，目前主张使用其雾化溶液，疗效迅速，不良反应小，易于掌握。

【注意事项】① 本病使用抗生素越早越好，若已出现痉咳则疗效欠佳。② 重症病儿应同时肌内注射高效价百日咳免疫球蛋白，必要时加用泼尼松治疗。③ 痉咳剧烈者可适当给予镇静剂。④ 小婴儿、早产儿均为百日咳高危儿，应特别重视，并及时与患者家属沟通。据统计，周岁内儿童病死率为本病全部病死率的60%～70%。⑤ 百日咳接触者应立即注射疫苗并口服红霉素以加强预防。⑥ 百日咳病人隔离至痉咳停止后30日，接触观察21日。

十五、猩红热

猩红热是指由A组β型溶血性链球菌引起的急性呼吸道传染病。临

床表现为发热、咽峡炎、弥漫性猩红热红色皮疹和疹退后皮肤脱屑，脱屑仍具有传染性，少数病人可出现心肾并发症。

【诊断要点】① 冬春季接触过猩红热患儿。② 临床主要表现为发热、咽峡炎、草莓舌、口周苍白、全身弥漫性鲜红皮疹和疹后脱屑、皮肤皱褶处有皮折红线（巴氏线）等，部分病儿病后 2～4 周发生并发症，如风湿热、急性肾炎等。③ 咽拭子或血培养可分离出溶血性链球菌。④ 红疹退色试验阳性。

【鉴别诊断】参见麻疹节。

【治疗要点】治疗原则：早期病原治疗，适当选用抗生素。

1. 一般治疗　卧床休息，隔离至皮疹消退，并根据病情对症处理，如退热、补液等。

2. 药物治疗

　　青霉素　10 万～20 万 U/(kg・d)（皮试阴性）　分 3 次肌内注射
或　红霉素　50 mg/(kg・d)　分 3 次口服　或分 2 次肌内注射
或　头孢拉定 40～80 mg/(kg・d)　分 4 次口服　或分 2 次静脉滴注

【注意事项】① 抗生素应早期使用，首选青霉素，一般应用 10～14 日。② 严重病例可选用两种抗生素联合治疗，必要时可用糖皮质激素。③ 并发症的防治主要针对风湿病、肾小球肾炎，病程中加强血抗 O 测定、血常规的监测，一旦有改变应及时治疗。④ 人对猩红热普遍易感，感染后产生两类免疫，一为抗菌免疫，免疫产生慢，可维持数年；另一为抗毒免疫，这种免疫产生较快，维持时间亦较久。

十六、 流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是指由腮腺炎病毒所引起的一种急性呼吸道传染病。临床特征为：腮腺非化脓性肿胀、疼痛及发热，有时尚可累及性腺、胰腺、脑膜及其他器官。

【诊断要点】① 冬春季在 8～30 天内密切接触过本病患儿。② 通过直接接触、飞沫、唾液污染食具和玩具等途径传播。③ 临床上主要表现为：发热、腮腺的非化脓性炎症性肿大与疼痛、咀嚼时症状加重。吃酸性食物肿痛更加明显，腮腺管可见红肿。④ 常伴发不同程度的脑膜炎、脑膜脑炎或胰腺炎。青春期还可引起睾丸炎或卵巢炎。⑤ 腮腺炎病毒抗体测定、双份血清补体结合试验及血凝抑制试验有助于诊断。

【鉴别诊断】① 化脓性腮腺炎：常为一侧性，局部红、肿、痛明显，挤压时有脓液自腮腺管口流出，外周血白细胞总数增加。② 症状性腮腺肿大：糖尿病、慢性肝病、营养不良或应用某些药物等使腮腺导管阻塞可引起腮腺肿大，可根据原发病特征进行鉴别。③ 与颈及耳部淋巴结炎相鉴

别：后者肿大，不以耳垂为中心，边缘清楚，较坚硬。

【治疗要点】治疗原则：及时使用抗病毒药物，积极防治并发症。

1. 一般治疗　适当休息，进食易消化、清淡的半流质或流质饮食，避免干食和酸性食品。保持口腔清洁，常用漱口液漱口。

2. 药物治疗　主要选用抗病毒药物，无需使用抗生素。

(1) 轻症患者，可用：

板蓝根干糖浆　1包　冲服　每日3次

或　抗病毒口服液　10 ml　口服　每日3次

紫金锭　5 g　醋调外敷　每日1～2次

(2) 本病早期症状较重的患者，可用：

阿昔洛韦　1.0 g
5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日1次　连用5～7日

(3) 本病并发脑膜炎的患者，可用：

地塞米松　5～10 mg
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每日1次　连用3次

【注意事项】① 本病隔离时间约3周(至腮腺肿大消退)。② 发病早期可试用利巴韦林5～7日，有一定作用。③ 并发睾丸炎时，用丁字带将睾丸托起并局部冷敷，以减轻疼痛，亦有报告应用干扰素可减轻症状。

十七、麻疹

麻疹是由麻疹病毒引起的急性全身发疹性呼吸道传染病，并通过呼吸道传播。患者以小儿为多，近些年来由于广泛接种麻疹减毒活疫苗，明显控制了麻疹在儿童中的流行，但最近发现成人麻疹有所增多。临床主要表现为发热、咳嗽、流涕、眼结膜充血、麻疹黏膜疹及全身斑丘疹，出疹5日后传染性消失。

【诊断要点】

1. 疑似病例：患者(多数为儿童)有发热、咽红等上呼吸道卡他症状，畏光、流泪、结合膜红肿等急性结膜炎症状，发热4日左右，全身皮肤出现红斑丘疹，与麻疹患者在14日前有接触史。

2. 确诊病例：① 发热2～3日后在第一臼齿口腔颊黏膜处可见麻疹黏膜疹。② 咽部或结合膜分泌物中分离出麻疹病毒。③ 1个月内未接种过麻疹疫苗而在血清中查到麻疹IgM抗体。④ 恢复期血清中麻疹IgM抗体滴度比急性期高4倍以上，或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳性。疑似病例①项即可作出临床诊断；疑似病例加①、③、④任何一项即可作出实验诊断。

【鉴别诊断】① 风疹：是由风疹病毒引起，表现为低热、皮疹和耳后、

枕部淋巴结肿大，发热 1 天疹子迅速出齐，色淡红、疹子稀疏，常为斑丘疹，先见于面部，后延及躯干及四肢，经 3～4 天消退，不留痕迹。② 幼儿急疹：常由埃可病毒 9、16、25，柯萨奇病毒 25 及腺病毒 2、3、5 等引起，一般为突起发病，持续高热 3～5 日后，体温骤降时，全身皮肤出现红色粟粒疹。疹出热退。皮疹先见于颈部，继而延及躯干及臀部，而躯干多，四肢少，1 日出齐，经 1～2 日退疹，无脱屑及色素沉着，口腔无黏膜疹。③ 猩红热：常由 A 组链球菌引起。表现为发热、咽峡炎、全身弥漫性红疹，软腭可见出血性黏膜内疹，与麻疹的颊黏膜不同。发热后第 2 日出疹，从耳后及颈部开始，很快扩展到胸、背、腹及上肢，24 小时左右发展到下肢。其特点为全身皮肤弥漫性充血、潮红、红色斑丘疹，按压后全部消退，并可见巴氏线。皮疹消退后 1 周开始脱皮，可持续 1～2 周。

【治疗要点】治疗原则：加强护理，对症治疗，预防感染。

1. 一般治疗　卧床休息，给予容易消化、富有营养的食物和足够的水分，保持室内空气流通，温度及湿度保持恒定，避免受冷受热，做好眼、鼻、口腔和皮肤的护理，避免强光刺激。体温高于 40℃伴有惊厥或过去有热性惊厥史者可选用对乙酰氨基酚(扑热息痛)或布洛芬适当退热。烦躁者可适当给予镇静剂。频繁剧咳者可用非麻醉镇咳剂或超声雾化吸入。有继发细菌感染可给予抗生素。有并发症者给予相应治疗。恢复期病儿不应忌口。

2. 药物治疗

(1) 补充维生素 A 治疗小儿麻疹，有利于疾病的恢复，减少并发症的发生。

维生素 A	1～6 个月儿童	5 万 U	
	7～12 个月儿童	10 万 U	
	1～2 岁儿童	20 万 U	口服　即刻

(2) 抗病毒治疗：

更昔洛韦	0.5 g	
生理盐水	250 ml	静脉滴注　每日 2 次　连用 5～7 日

【注意事项】① 发现麻疹者应立即报告疫情，并予呼吸道隔离至出疹后 5 日，有并发症者延长至出疹后 10 日。接触麻疹易感者应检疫观察 3 周，并给予被动免疫。易感儿童接触麻疹患者后 5 日内注射丙种球蛋白，可防止发病。② 本病需注意与其他发热、出疹性疾病如风疹、幼儿急疹、猩红热、肠道病毒感染等鉴别。③ 有条件者可加用中药治疗，重者可试用静脉免疫球蛋白治疗。④ 麻疹病后数月内机体免疫力下降，结核菌素试验可有阳转阴，极易感染结核病，故要加强保护，增加营养，尽量少出入公共场所。⑤ 本病易并发气管肺炎、心肌炎、喉炎、脑炎等严重疾病，一

旦出现并发症，必须及时对症治疗，刻不容缓，同时加强医患沟通，否则易诱发医疗纠纷。

十八、 风疹

风疹是由风疹病毒引起的一种急性呼吸道传染病，临床特点为全身症状，皮肤斑丘疹，耳后、枕部、颈后淋巴结肿大伴轻度压痛。发疹前1～2日常有轻度发热、咳嗽、咽痛、头痛等上呼吸道感染症状。皮疹先见于面部，24小时波及全身，手掌足底常无皮疹，常于2～4日内隐退不保留痕迹，疹退时发热等全身症状亦渐消失，淋巴结肿大多数在1周内消退。本病多见于学龄前儿童，6个月以下婴儿很少发病，妊娠早期若患风疹，风疹病毒可以通过胎盘感染胎儿，引起先天性风疹。出生时如有高效价风疹IgM抗体，可诊断是先天性风疹。不典型风疹注意与麻疹、猩红热、幼儿急疹等鉴别。可并发关节炎、血小板减少性紫癜。

【诊断要点】① 疑似病例：发热、出现红色斑丘疹，耳后、枕下或颈淋巴结肿大或伴有关节痛。② 确诊病例：A. 在14～21日内与风疹患者有明显接触史；B. 在8年内已接受过麻疹活疫苗接种；C. 末梢血白细胞总数减少，淋巴细胞增多；D. 咽拭子标本或尿、脏器活检标本中分离到风疹病毒；E. 血清中风疹IgM抗体阳性；F. 恢复期血清风疹IgG抗体滴度较急性期有4倍以上升高或恢复期抗体阳性。

【治疗要点】治疗原则：休息、对症处理、治疗并发症；无特异性治疗方法。

1. 一般治疗　发热期间，应注意卧床休息，给予营养丰富又易消化的食物，高热时可适当给予药物退热，皮疹痒可用抗组胺药物口服或炉甘石洗剂外用。

2. 药物治疗

(1) 皮疹较密集或体温较高时，应用：

银花10 g　连翘10 g　蝉蜕1.5 g　赤芍10 g　板蓝根15 g　甘草5 g　煎服　连服2～3日

或　大青叶　10 ml　口服　每日2次(5岁以上小儿)

(2) 并发严重关节炎，可用：

阿司匹林　0.3～0.5 g　口服　每日3次　连服3～5日后视病情而定

(3) 并发血小板减少性紫癜可参见有关章节治疗。

(4) 并发风疹脑炎参见乙脑的治疗。

【注意事项】① 中药治疗以清热解毒为主。小于5岁病儿，大青叶口服每次用5 ml。对先天性风疹患儿应加强护理，细心观察和检查，及时发

现各种形态和功能异常，及时采取矫治措施。② 风疹无特效药物，主要为对症及支持治疗，轻症无热者短期内自愈，不必用药。③ 呼吸道隔离至皮疹出现后 5 日。④ 妊娠妇女应尽可能避免与风疹接触，如患风疹，宜终止妊娠。

十九、 巨细胞病毒感染

巨细胞病毒感染（CMVI）是由人巨细胞病毒（HCMV）的先天性或后天性获得性感染，由 HCMV 引起的疾病叫巨细胞包涵体病（CID）。严重危害胎儿、新生儿、婴幼儿的发育与生长，人是唯一的传染源。胎盘垂直感染、产道感染、接吻、吮母乳、输血、器官移植、性传播为主要传播途径。本病在我国极为普遍，一旦感染，将长期或终身存在于体内，在绝大多数免疫正常个体，常呈无症状感染，但在免疫抑制人体，胎儿和幼小婴儿可出现明显症状。临床表现：最常见的表现为肝脾肿大、黄疸、淤点和小头畸形、早产、宫内生长迟缓、视网膜脉络膜炎，90％存活者留有各种伤残；围生绝大部分婴儿无症状，亦可在出生后数月内发生间质性肺炎、体重增长缓慢、肝炎、溶血性贫血、血小板减少，死亡率可达 20％。此外，尚可表现为单核细胞增多症、再感染等。但一般感染者大多数处于潜伏感染状态，即使在体内复制活化，也多为无症状感染。

【诊断要点】① 具有流行病学资料（社会上存在着大量的隐形感染者和一些患者以及人群之间的接触史）。② 具有典型的巨细胞病毒感染临床表现。③ CMV - IgM 阳性提示为新近感染。④ CMV - IgG 单份阳性提示有过感染，双份血清抗体效价 4 倍升高，提示新近感染。⑤ 病毒分离及包涵体检查亦有助于诊断。

先天性 CID 畸形应与弓形体、风疹病毒、单纯性疱疹病毒、梅毒螺旋体所致的先天畸形及由遗传等其他因素所致的先天畸形等进行病原学鉴别诊断。后天获得的 CID 应与肝炎病毒、EB 病毒、百日咳菌等其他病原所致进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：积极而有效地控制病毒复制，辅以必要的对症治疗，支持及免疫调节治疗，以增强疗效。

1. 一般治疗　良好的护理工作十分重要，注意不用有肝损伤的药物，母亲如系 CMV 活动性感染，应停母乳喂养。

2. 药物治疗　合理使用抗 CMV 药物，注意防治二重感染。对症治疗：食欲差的应静脉输液；有肝炎时应予降酶、褪黄、护肝；肺炎时予氧疗等。

（1）抗 CMV 治疗：

诱导治疗：	更昔洛韦	0.5 g	静脉滴注　每 12 小时 1 次
	10％葡萄糖注射液	250 ml	连用 14 日

维持治疗：更昔洛韦　0.5 g　｜静脉滴注　每日 1 次
　　　　　10%葡萄糖注射液　250 ml　｜连用 4～8 周

或　诱导治疗：膦甲酸钠　60 mg/kg　｜静脉滴注　每 8 小时 1 次
　　　　　10%葡萄糖注射液　250 ml　｜连用 2～3 周

（2）有免疫抑制者需维持治疗：

膦甲酸钠　60 mg/kg　｜
10%葡萄糖注射液　250 ml　｜静脉滴注　每日 1 次　连用 1 周

【注意事项】① 膦甲酸钠一般作为替代药物，单独使用更昔洛韦仍出现疾病进展时，可单独使用或与更昔洛韦联用。膦甲酸钠不可静脉注射过快，每次应在 1 小时以上，必要时用输液泵恒速静脉滴注。膦甲酸钠对骨髓的毒性较更昔洛韦低，但有显著肾毒性作用，在用药期间应摄入足够水分，有助于减轻肾毒性。② 90%以上巨细胞病毒感染为亚临床感染，应注意脑、肝、肺等器官损伤。③ CMV 原发感染后 CMV - IgM 可持续 12～18 周，其阴转与治疗关系不大，而与病程有关，故不能将 CMV - IgM 阴转作为判断疗效的标准。④ 对症状性 CMV 感染患者，对症处理非常重要，免疫功能健全的患者经过有效的对症处理，常可使疾病消除。⑤ 人感染 CMV 后一旦产生抗体，常持续终身，并仍存在病毒，人群中 CMV 感染很普遍，对孕妇常采用抗 CMV 超免疫球蛋白注射作被动免疫是有益的。但输血预防在我国尚有难度。

二十、疟疾

疟疾是一种传播快、反复性大的常见虫媒传染病，常由按蚊叮咬传播，分间日疟、三日疟、恶性疟三种，我国以间日疟为多。其临床特点为间歇性发作的寒战、高热，继以大汗而缓解。血液检查发现疟原虫。

【诊断要点】① 疑似病例：在疟疾流行季节疟区居住或旅游，近年有疟疾发作史或近期接受过输血。出现间歇性发作寒战、高热和大汗，继以症状明显缓解，可伴有脾肿大和贫血，或不明原因的高热、寒战、昏迷、抽搐等症状。② 确诊病例：A. 用抗疟药治疗，3 日内症状得到控制者；B. 血液或骨髓检查发现疟原虫。

【鉴别诊断】① 一般疟疾应注意与伤寒、副伤寒、败血症鉴别。A. 伤寒、副伤寒：起病后，持续高热，可有相对脉缓、玫瑰疹，肥达氏试验阳性，血或骨髓培养阳性。B. 败血症：尤应与革兰阴性杆菌败血症相鉴别，败血症虽有畏寒、发热，但无定时，全身中毒症状严重而无缓解间隙，有原发感染灶或迁徙性化脓病灶，血培养有致病菌生长；② 脑型疟与乙脑的鉴别：乙脑一般无寒战与多汗，无脾大，无贫血，白细胞计数升高，脑脊液可呈浆液性改变。

【治疗要点】治疗原则：明确诊断，及时应用抗疟药。

药物治疗：对症治疗，根据不同类型进行适当抗疟治疗。

(1) 间日疟、三日疟，可用：

氯喹 0.3 g 每日服1次(第一日首剂加倍，8小时后服0.3 g)连服3日

或 青蒿素 0.5 g 每日服1次(首次加倍) 连服3日

(2) 脑型疟或凶险发作，可用：

二盐酸喹啉	0.5 g	静脉滴注(4小时滴定)，12小时重复
5%葡萄糖注射液	500 ml	第二天仍可重复 清醒后改口服

或 蒿乙醚 150 mg 肌内注射 每日1次 连3日

(3) 预防复发：

伯氨喹 3片(基质22.5 mg) 每日服1次 连服8日 注意防止溶血性反应

【注意事项】① 疟疾预后与类型有关，间日疟、三日疟如及时治疗预后良好；恶性疟疾凶险发作和黑尿热病情严重，如抢救不及时、不得力，预后不良。② 抗疟治疗必须按正规方法、正规剂量给药。③ 青蒿素可作为抢救凶险性疟疾的首选药物。蒿乙醚与青蒿素一样，对各型疟原虫均有杀灭作用，对恶性疟连续肌内注射3日，80%的患者在72小时内完全清除血中疟原虫，清除时间范围1～4日，平均退热时间52小时左右。

二十一、登革热

登革热是指由登革热病毒经埃及伊蚊或白纹依蚊传播引起的一种急性传染病，临床上常表现为突起发热、全身肌肉及骨关节疼痛、极度疲乏无力，伴出现皮疹、淋巴结肿大、白细胞及血小板减少。若伴有明显的出血热倾向和血压明显下降者分别称为登革出血热与登革休克综合征。

【诊断要点】① 流行病学资料：在伊蚊滋生的季节，发病前15日曾去过流行区，5～7天前有被伊蚊叮咬史。② 临床主要表现为发热、全身疼痛、充血性皮疹斑疹、全身浅表淋巴结肿大、有出血倾向、白细胞计数减少、淋巴细胞相对增多，束臂试验阳性。③ 血液中特异性IgM抗体阳性，恢复期IgG抗体比急期高4倍以上。

【治疗要点】治疗原则：尚无特效治疗，主要以对症处理与支持治疗为主。

药物治疗

(1) 本症高热：可用物理降温，慎用退热药，对持续高热者可补液，适当使用糖皮质激素。

（2）本症有出血倾向，可选用止血药：

卡巴克络（安络血）　5 mg　口服　每日 3 次

或　氨甲苯酸（止血芳酸）　500 mg　口服　每日 3 次

或　酚磺乙胺（止血敏）　1 g
　　5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　每日 1 次

或　维生素 K_1　10 mg
　　10%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　每日 1 次

或　维生素 C　1 g
　　5%葡萄糖注射液　500 mg　｜　静脉滴注　每日 1 次

（3）本症高热、中毒症状严重，可用：

地塞米松　20 mg
5%葡萄糖注射液　500 mg　｜　静脉滴注　立即

（4）本症脑水肿，可用：

20%甘露醇　250～500 ml　快速静脉滴注

亦可用呋塞米、地塞米松等。

（5）本症全身疼痛难忍者，可用：

罗通定（颅痛定）　30 mg　口服　每日 2 次

（6）本症休克的抢救：

20%人血白蛋白　100 ml　静脉滴注　立即

或　新鲜血浆　200 ml　静脉滴注　每日 1 次

或　地塞米松　30 mg
　　生理盐水　1 000 ml　｜　快速静脉滴注　立即

警示：① 休克抢救刻不容缓，除上述用药，必要时可加用升压药，如间羟胺（阿拉明）或多巴胺。② 请求上级医院指导治疗，必要时转院治疗。

【注意事项】① 由于本病尚无特效治疗，故应及时进行对症处理，同时应及时隔离，避免蚊虫叮咬。② 本病补液应掌握缺多少补多少，能口服者以口服为主，不足部分再静脉补液，如出现休克应积极补液。③ 要及时与患者家属沟通，并向当地疾控部门报告。④ 注意与猩红热、麻疹等鉴别，主要依据流行病学与血清学资料鉴别。

二十二、肾综合征出血热

肾综合征出血热，亦称为流行性出血热，是由汉坦病毒若干血清型引起的自然疫源性疾病，啮齿类动物（姬鼠和家鼠）为主要传染源。临床上主要表现为发热、出血和肾脏损害，尿液中有蛋白、红细胞，血白细胞总数增高，淋巴细胞增多，特异性 IgM 阳性，IgG 抗体效价递增 4 倍以上。典

型病例呈 5 期经过，即发热期、低血压期、少尿期、多尿期和恢复期，病情复杂、变化迅速，必须及时治疗。

【诊断要点】① 发病前 1 周至 2 个月曾在疫区逗留，并与鼠类接触或曾吃过鼠类污染的食品。② 具有“三痛”（头痛、腰痛、眼睑痛），具有“三红”（面、颈、上胸潮红），毛细血管外渗明显，有出血倾向。③ 热退病进，出现少尿，休克。④ 典型病例呈 5 期经过，即发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期和恢复期。⑤ 白细胞增高，有异型淋巴细胞，病原学检查可确诊。发热期应与流感、败血症、钩端螺旋体病等鉴别。

【治疗要点】治疗原则：“三早一就”，即早发现、早休息、早治疗和就近治疗。

1. 一般治疗　卧床休息，给予高热量、高维生素、半流质饮食，维持水、电解质及酸碱平衡，改善微循环，特别要防治出血，继发感染及多器官衰竭等并发症，必要时可进行血液透析治疗。

2. 药物治疗　应用抗病毒药物治疗及对症治疗。

(1) 发热期治疗：

卡巴克络（安络血）　10 mg　口服　每日 2 次

或　阿昔洛韦　0.5 g
10%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日 2 次

(2) 低血压休克期治疗，休克时必须立即扩容：

生理盐水　1 000 ml
地塞米松　10 mg　快速静脉滴注　100～120 滴/min

20%人血白蛋白　200 ml　立即静脉滴注

或　多巴胺　20 mg
5%葡萄糖注射液　100 ml　立即静脉滴注

(3) 少尿期，可用：

酚妥拉明（苄胺唑林）　10 mg
10%葡萄糖注射液　500 ml　缓慢静脉滴注　每日 1 次

或　呋塞米（速尿）　100 mg
10%葡萄糖注射液　20 ml　缓慢静脉注射　每日 1 次

(4) 多尿期，可用：

肌苷　100 mg
生理盐水　500 ml　静脉滴注　每日 1 次

(5) 恢复期治疗：

八珍冲剂　3.5 g　口服　每日 2 次　或　六味地黄丸　7 g　口服　每日 2 次

【注意事项】① 本病早期治疗以抗病毒、抗渗出、抗出血、预防并发症

为主。常见的并发症为：胃肠道出血、颅内出血、心衰、肺水肿、ARDS、肾破裂等。② 地塞米松不宜久用，必须按糖皮质激素应用原则使用。③ 少尿期是患者的危险阶段，必须高度重视，有条件时在上级医院专家指导下治疗，必要时血透。血透指征：A. 少尿或无尿 3 日以上；B. 急性肺水肿；C. 血钾＞6.5 mmol/L；D. 血尿素氮＞28.8 mmol/L；E. 血肌酐＞442 umol/L；F. 少尿伴有高血容量或烦躁、头痛、意识障碍者。④ 本病应向患者家属讲清病情的严重性，最好能转外院诊治。

二十三、 狂犬病

狂犬病又称恐水症，是由狂犬病毒引起的一种急性、进行性、几乎不能逆转的中枢神经系统的人畜共患的急性传染病，多见于狗、狼、猫、猪、牛、马、狐等肉食动物，家养的犬也可引起，由这些动物咬伤人而引起人狂犬病。狂犬病的临床表现为脑脊髓炎，出现兴奋、恐水、发热、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。

【诊断要点】① 临床诊断：有犬、猫或其他宿主动物咬伤史。并有下列临床表现：A. 愈合的伤口感觉异常，出现兴奋、烦躁、恐惧，对外界刺激如风、水、光、声等异常敏感；B. “恐水”症状，伴交感神经兴奋性亢进（流涎、多汗、心率快、血压增高），继而肌肉瘫痪或脑神经瘫痪（失音、失语、心律不齐）。② 实验确诊：具有下列条件之一者：A. 发病第 1 周内取唾液、鼻咽洗液、角膜印片，皮肤切片，用荧光抗体染色狂犬病病毒抗原阳性；B. 存活 1 周以上者做血清中和试验或补体结合试验效价上升者，若曾接种过疫苗，中和抗体效价需＞1∶5 000；C. 死后脑组织标本分离病毒阳性或切片荧光抗体染色阳性，或脑组织内检测到内基小体。

【鉴别诊断】① 狂犬病恐惧症：癔症患者在被动物咬伤后几小时或1～2 天出现咽部紧缩感、恐惧感，不产生病理性反应，经暗示说法或对症治疗后可顺利发展。② 破伤风：本病有外伤史，临床特点为肌肉阵发性痉挛，且有牙关紧闭、苦笑面容，但无狂躁、流涎、恐水、畏光表现。

【治疗要点】治疗原则：千方百计抢救患者和减少患者的痛苦。

1. 一般治疗　被犬咬伤后立即接种狂犬病疫苗，对确诊者，应注意病室避风、避光、避声音、避免开水龙头，保持静、暗、无水流声的环境。饮食调养，由于患者不能进水，常改鼻饲营养及水分，但主要还是靠静脉内补充。无特效治疗，及时处理病犬咬伤的伤口，包括挤压、冲洗，消毒伤口，但不要缝合伤口，尚需注意预防破伤风及细菌感染。

2. 药物治疗

(1) 狂犬病止痉：

地西泮（安定）　10 mg　肌内注射　必要时　缓慢静脉注射

或 氯丙嗪 25 mg 肌内注射 立即

(2) 病犬咬伤严重,咬伤在72小时内:

狂犬免疫血清 20 ml 半量肌内注射 半量用以伤口周围浸润注射

(3) 狂犬病预防(WHO推荐方):

人二倍体细胞疫苗 1 ml 于病犬咬伤后当日及第3、7、14、30日和90日各肌内注射1次

(4) 减轻狂犬病症状:

干扰素 600万U 肌内注射 每日1次 连用35日

【注意事项】① 本病重点应放在预防上,特别是被病犬咬伤后的处理应及时、得力、果断。对高危人群进行暴露前预防,使用狂犬疫苗肌内注射(见前WHO推荐方)。暴露后预防,迅速对咬伤或抓伤部位局部处理,最先用20%肥皂水,后用凉开水反复冲洗,局部用70%酒精、5%碘酒消毒,必要时在局部伤口处理后应用抗生素及破伤风抗毒素。切勿对伤口进行缝合。② 家养犬应按规定严格管理,应注射狂犬疫苗。③ 加强医患沟通,及时转上级医院诊治。本病死亡率高,家犬亦可致病,在当前宠物热时尤应注意。

二十四、猫抓病

猫抓病是指由汉塞巴通体经猫抓咬或舔后引起的一种传染病。临床表现多变,常表现为自限性局部淋巴结肿大、发热和全身不适。患者可在淋巴结肿大之前有长达1～2周被猫抓伤处出现过丘疹或脓疱病室,检测巴通体特异性抗体有助于诊断。

【诊断要点】① 有与猫密切接触史,并存在被抓或被咬破皮肤史。② 临床主要表现为发热、全身不适,在淋巴结病变出现之前有被猫抓伤处出现丘疹或脓疱病史。呈现自限性局部淋巴结肿大,肿大的淋巴结有压痛,皮肤热感、发红和硬结,甚至化脓。淋巴结warthin-starry银浸渗染色,细菌培养可见巴通体。③ 间接免疫荧光抗体,其巴通体特异性抗体效价≥1∶64为阳性。病程早期及4～6周以上双份血清效价有4倍增长。

【治疗要点】治疗原则:以对症治疗为主,对重症病例或人伴有严重并发症病例,可适当选用抗微生物药物。

(1) 本症免疫受损:

环丙沙星 0.2 g 口服 每日2次 连用7～10日

或 磺胺甲噁唑(复方新诺明) 2片 口服 每日2次 连用7～10日

或 阿奇霉素 0.5 g 口服 每日1次 连用3日

或　多西环素　0.5 g
　　10%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日2次　连用7日

（2）本症杆菌性血管瘤和杆菌性紫癜：

红霉素　0.5 g　口服　每日2～3次　连用6周

利福平　0.45 g　口服　每日1次　连用6周

【注意事项】① 对本症所致淋巴结化脓者可穿刺吸脓，但不宜切开引流；对淋巴结肿大1年以上可考虑手术摘除。② 本病重症或复发病例及免疫缺陷者可考虑选用抗生素，一般病例不主张使用。要高度重视免疫受损病人的治疗。③ 本病诊断不难，但治疗必须及时，特别要密切观察病情变化，积极防治并发症。对不典型病例则往往需要全面了解病情，认真细致地分析病情，以及时做出诊断和治疗。

二十五、败血症

败血症是指各种致病菌或条件致病菌侵入血液循环中生长繁殖，产生毒素和其他代谢产物所引起的临床综合征。

【诊断要点】① 全身炎症反应综合征（SIRS）（至少具备下列临床表现中的两项）A. 体温＞38℃或＜36℃；B. 心率＞90次/分；C. 呼吸＞20次/分，CO_2分压＜32 mmHg；D. 白细胞计数＞12×10^9/L或＜4×10^9/L或不成熟杆状细胞＞10%等。② 临床主要表现为寒战、高热、皮疹、关节痛，部分患者可有迁徙性病灶、感染性休克、DIC以及多器官功能衰竭等。③ 血培养可有革兰阳性球菌或革兰阴性杆菌或真菌。

【治疗要点】治疗原则：及时确定感染的致病微生物，选择应用敏感的抗菌药物。

1. 一般治疗　给予足够热量和维生素，保持水、电解质和酸碱平衡，必要时给予新鲜血、血浆、白蛋白等。

2. 对症治疗　对有严重毒血症症状者，在应用足量、有效抗菌药物的同时，可短期使用糖皮质激素如氢化可的松100～200 mg/d或地塞米松10 mg/d静脉滴注。对有外科情况如化脓性病灶时应清楚病灶或切开引流等。

3. 抗菌治疗　可根据药敏情况，选用敏感的抗菌药物。

（1）金葡菌败血症，甲氧西林敏感（MSSA），可用：

青霉素G　400万U　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每6小时1次　5～7日

或　头孢唑林　1 g　（皮试阴性）
　　5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每6小时1次　5～7日

或　头孢呋辛　1.5 g　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每日 2 次　5～7 日

(2) 金葡菌败血症，(耐甲氧西林)(MRSA MRSE)，可用：

万古霉素(稳可信)　1.0 g　静脉滴注
5%葡萄糖注射液　250 ml　每 12 小时 1 次　5～7 日

或　去甲万古霉素　1.5 g
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每 6 小时 1 次　5～7 日

或　替考拉宁(他格适)　0.4 g　静脉滴注
5%葡萄糖注射液　250 ml　每 6 小时 1 次　5～7 日

或　左氧氟沙星(可乐必妥)　0.2 g　静脉滴注
5%葡萄糖注射液　250 ml　每 12 小时 1 次　5～7 日

(3) 肺炎球菌败血症青霉素敏感，可用：

青霉素 C　400 万 U　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每 8 小时 1 次　5～7 日

(4) 肺炎球菌败血症耐青霉素，可用：

头孢呋辛　1.5 g　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每 12 小时 1 次　5～7 日

或　左氧氟沙星(可乐必妥)　0.2 g　静脉滴注
5%葡萄糖注射液　250 ml　每 12 小时 1 次　5～7 日

(5) 大肠埃希菌败血症，可用：

头孢曲松　2.0 g　（皮试阴性）　静脉滴注
5%葡萄糖注射液　250 ml　每 12 小时 1 次

或　奈替米星　0.15 g
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每 12 小时 1 次　5～7 日

或　哌拉西林-他唑巴坦(特治星)　4.0～5.0 g　静脉滴注　每 12 小时
5%葡萄糖注射液　250 ml　1 次　5～7 日

或　亚胺培南　0.5 g　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　100 ml　静脉滴注　每 8 小时 1 次　5～7 日

(6) 阴沟肠杆菌败血症，可用：

亚胺培南　0.5 g　（皮试阴性）
生理盐水　100 ml　静脉滴注　每 8 小时 1 次　5～7 日

或　头孢吡肟(马斯平)　2.0 g　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每 12 小时 1 次　5～7 日

(7) 铜绿假单胞菌败血症，可用：

亚胺培南　0.5 g　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　100 ml　静脉滴注　每 8 小时 1 次　5～7 日

或 阿米卡星 0.2 g
5%葡萄糖注射液 100 ml 静脉滴注 每12小时1次 5～7日
或 亚胺培南 0.5 g (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液 100 ml 静脉滴注 每8小时1次 5～7日
或 环丙沙星 0.4 g (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液 250 ml 静脉滴注 每12小时1次 5～7日
(8) 不动杆菌败血症,可用:
亚胺培南 0.5 g (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液 100 ml 静脉滴注 每8小时1次 5～7日
或 阿米卡星 0.2 g
5%葡萄糖注射液 100 ml 静脉滴注 每12小时1次 5～7日
或 氨卡西林-舒巴坦(优立斯) 1.5 g 静脉滴注
5%葡萄糖注射液 100 ml 每12小时1次 5～7日
(9) 厌氧菌败血症,可用:
替硝唑 0.4 g
5%葡萄糖注射液 100 ml 静脉滴注 每12小时1次 5～7日
或 头孢西丁(美福仙) 1.0 g (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液 250 ml 静脉滴注 每8小时1次 5～7日
(10) 真菌性败血症,可用:
氟康唑 0.2 g
5%葡萄糖注射液 250 ml 静脉滴注 每日1次 7～10日
或 两性霉素B 5 mg
5%葡萄糖注射液 500 ml 静脉滴注 每日1次 (首日)
以后每次递增5 mg,每日最高量30 mg,总量1～1.5 g
(11) 贫血的治疗:参见缺血性贫血节。

【注意事项】

1. 虽然抗生素大量开发和应用,但医院败血症仍发生较多,而且耐药菌株不断增多,新的抗生素不断开发和推荐到临床使用,并不能完全满足临床需要,这是一个值得重视和深思的问题,近年来出现的"超级细菌"(NDM-1细菌)给人们一个警示,应引起高度重视,由于其广泛耐药,导致感染治疗十分困难,为此卫生部要求:加强监测,加强抗菌药物的管理,防止滥用抗生素,建立监测与报告制度,加强宣教。

2. 治疗策略

(1) 初始经验性治疗:在血培养结果报告以前,医生要凭自己的临床经验来选用抗生素。经验性抗生素选择取决于下列综合情况:患者的病史(包括药物耐受性)、基础病、临床综合征和患者所在社区及治疗机构的

细菌药敏情况。初始选用的抗生素必须有足够广泛的抗菌谱，要覆盖所有可能的致病菌，原因是在危重患者中几乎不允许任何用药错误的机会，已不能按一般感染治疗方式来选用抗生素，如一种抗生素无效时，再换用另一种抗生素，直至有效结果达到为止。已有大量证据表明，如果不能迅速开始正确治疗（即对致病菌有强大活性的治疗），则对患者转归有严重不良影响。如果在术后，先有肺部感染再发生败血症者，要考虑大肠埃希菌或克雷伯杆菌感染，由于该细菌会产生超广谱内酰胺酶（ESRLS），对第3代头孢菌素耐药，应选用碳青霉烯类（亚胺培南、美罗培南、帕尼培南），β内酰胺类加β内酰胺类抑制剂的复合剂（如特治星、舒普深）以及第4代头孢菌素（马斯平）等。再如有糖尿病者先有皮肤感染或静脉炎而发生败血症时，要考虑耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染的可能，应选用万古霉素治疗。

（2）降阶梯治疗：降阶梯治疗是指一旦败血症诊断确立后，立即要用高效广谱抗生素进行治疗，如β内酰胺类抗生素加氟喹诺酮或氨基糖苷类药物等。用药3～5日后，体温有下降趋势时就应及早根据初始病原菌培养和细菌药物敏感结果改用窄谱抗生素，再用数日后停药。因为广谱抗生素应用时间过长，可发生细菌耐药和菌群失调，若发生真菌感染，可使治疗复杂化。如果病征复发或再燃的话，仍可重新启用最初应用的抗生素，因为用药时间短，还不会产生耐药性，仍可达到控制感染的效果。

3．治疗期间定期做血培养并做药敏试验，为选用或调整抗菌药物提供依据。

第二节　常见寄生虫病

一、血吸虫病

血吸虫病是指日本血吸虫寄生在肝门静脉系统所引起的疾病，是一种流行很广、危害很大的寄生虫病，由皮肤接触含尾蚴的疫水而感染，钉螺为中间宿主。本病的主要病变为肝与结肠，由虫卵引起的肉芽肿，分急性、慢性和晚期血吸虫病。

【诊断要点】① 有疫水接触史。② 急性期表现为发热、肝大与压痛及血中嗜酸性粒细胞显著增多，伴腹泻下痢；晚期则以纤维化病变为主，可发展为门脉性肝硬化伴明显的门静脉高压症、巨脾与腹水。③ 粪便发现血吸虫卵或孵化检出毛蚴，直肠黏膜组织活检找到日本血吸虫卵。

【鉴别诊断】急性血吸虫病应注意与伤寒、阿米巴肝脓肿、粟粒性肺结核相鉴别，可从血浆中嗜酸性粒细胞增多来鉴别，因为除血吸虫外，其

余均不增多；慢性血吸虫病必须与无黄疸病毒性肝炎相鉴别，主要从肝功能检查鉴别之。

【治疗要点】治疗原则：按不同分期进行治疗，并防治并发症。

1. 一般治疗　急性者如病情严重可加用糖皮质激素，晚期者如伴高度腹水可输血浆或人体白蛋白，并适当利尿，如并发巨脾或门静脉高压症，可考虑手术治疗。正确选用病原学治疗药物，目前主要选用吡喹酮，在使用剂量上可根据分期不同而异。

2. 药物治疗

(1) 急性血吸虫病：

吡喹酮 120 mg/kg　6 日内分次服完（其中一半量应在前 2 日服完，每日药量分 3 次服）

(2) 慢性血吸虫病：

吡喹酮　40 mg/kg　1 次顿服或 1～2 日内分服

(3) 晚期血吸虫病：

吡喹酮　60 mg/kg　于 1～2 日内分 3～6 次服（有严重夹杂症者可用总剂量 90 mg/kg，6 日为 1 疗程，每日剂量分 3 次服）

【注意事项】① 本病的发病具有明显的地区性，江、湖、河、泊周边是高发地区，农民患病率高，青少年、青壮年易患病。从预防观念出发，重点抓好调查、灭螺、治疗、防护、粪管和动物管理等。② 吡喹酮必须根据病情决定用法和剂量，心、肝、肾疾病患者或晚期血吸虫肝硬化失代偿及严重神经症患者慎用。③ 本病经特异性治疗可以痊愈，预后一般良好，但重度感染者复发率较高，需反复治疗；晚期患者易出现并发症，必须重视，如反复大出血，可危及生命；并发肝性脑病者预后差；并发巨脾、门静脉高压症有时需手术治疗。④ 急性血吸虫病易误诊，需注意鉴别诊断。⑤ 治疗后 3 个月、6 个月、9 个月与 1 年粪检各 3 次均为阴性者可视为治愈。

二、 蛔虫病

蛔虫病是最常见的严重危害儿童健康与发育的寄生虫病之一。儿童由于食入感染期虫卵而被感染，病程早期蛔虫在体内移行时可引起呼吸道过敏症状，成虫寄生于小肠常有一过性腹痛，并影响食欲和肠道功能。腹痛位于脐周，反复发作，少数有荨麻疹、夜间磨牙或异食癖。严重时可见营养不良，除肠蛔虫症外，可引起胆道蛔虫症及蛔虫性肠梗阻等严重并发症。

【诊断要点】① 有流行病学资料，如卫生习惯不良，接触蛔虫卵污染的蔬菜等。② 具有胃肠功能紊乱表现或消化不良表现。③ 粪检发现有蛔虫卵或吐出蛔虫成虫或大便排出蛔虫成虫。④ 短期内食入大量蛔虫

受精卵污染的食品，蛔虫幼虫经肺移行可引起蛔幼移行症，表现为发热、乏力、咳嗽或哮喘发作、肺部炎症和嗜酸性粒细胞增多，X线胸片示肺门阴影增粗，肺野见点状、片状、絮状浸润影，病程7～10日。

【鉴别诊断】胆道蛔虫、蛔虫性肠梗阻与其他病因导致的胆绞痛、肠梗阻相鉴别，可从腹部B超及X线检查、内镜检查相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：胆道蛔虫症解痉止痛、驱虫、控制感染，无效时考虑手术治疗；蛔虫性不完全性肠梗阻禁食、胃肠减压、解痉止痛、输液，腹痛缓解后驱虫。

1. 一般治疗　注意饮食和个人卫生，生食瓜果要洗净，养成在饭前便后洗手的习惯。出现全身过敏症状时用抗过敏药物，有腹痛时可用颠茄或阿托品、山莨菪碱等。

2. 药物治疗

(1) 合理选用驱虫药：

甲苯咪唑(安乐士)　200 mg　1次顿服　或100 mg　每日2次　连服3天

或　复方甲苯咪唑(速效肠虫净片)　2片　1次顿服

警示：① 甲苯咪唑为广谱驱虫剂，是治疗蛔虫病的首选药物，不良反应轻微，少数可有轻微头昏、头痛、上腹不适、腹泻，偶可出现蛔虫游走造成的吐蛔虫等现象，与小剂量噻嘧啶合用，可避免发生。② 服药时不需忌食和服泻药。腹泻时因虫体与药物接触少，故治愈率低，应在腹泻停止后服药。③ 复方甲苯咪唑每片含甲苯咪唑100 mg和左旋咪唑25 mg，适合4岁以上儿童服用。

或　枸橼酸哌嗪(驱蛔灵) 150 mg/kg(最大剂量不超过3 g)　睡前顿服　连服2日

或　六一宝塔糖　1粒/岁　1次顿服

警示：① 枸橼酸哌嗪的特点为麻痹前不兴奋虫体，适用于有并发症的病儿。毒性低，用量大时亦可引起短时恶心、呕吐、腹痛、荨麻疹、共济失调、震颤等。肝肾功能不良及癫痫病儿禁用，在肠梗阻时最好不用，以免引起虫体骚动。② 枸橼酸哌嗪与噻嘧啶相互拮抗，不能同时应用。便秘者需加服泻药。③ 六一宝塔糖每粒含磷酸哌嗪0.2 g，按情酌定，2周后可重复治疗。

或　左旋咪唑　1.5～2.5 mg/kg　睡前顿服　或　晨起空腹顿服

警示：左旋咪唑为广谱驱虫药，口服吸收快，由肠道排泄，无蓄积中毒作用，同时也是一种免疫调节剂，可调节机体免疫功能，增强抗感染的能力。不良反应有头痛、恶心、呕吐、腹痛等，多数在数小时后自行消失，偶见白细胞减少、肝功能损害、皮疹。肝肾功能不良者慎用。

或　阿苯达唑(肠虫清)　200 g　顿服

警示：阿苯达唑为广谱驱虫药，不良反应有恶心、呕吐、腹泻、口干、乏力、头痛、发热或皮疹，停药后可自行消失。2 岁以下儿童禁用。可口嚼、吞服或与食物共服。

(2) 解痉、镇痛，多用于胆道蛔虫症：

哌替啶(杜冷丁)　1～2 mg/kg　肌内注射　即刻

阿托品　0.02～0.03 mg/kg　肌内注射　即刻

或(和)　维生素 K_3　4～8 mg/kg　肌内注射　每日 3 次

警示：腹痛剧烈时可给予哌替啶加阿托品肌内注射，维生素 K_3 有松弛平滑肌的作用，有助于蛔虫退出胆道。哌替啶的使用应在上级医师的指导下谨慎使用。

【注意事项】① 上述驱虫处方中一般选用 1 种。② 蛔虫有极强的钻孔习性，可产生各种并发症，如胆道蛔虫症、急性胆囊炎、急性胆管炎、急性胰腺炎、肝脓肿、阑尾炎、肠梗阻等，必须注意及时发现并发症。③ 胆道蛔虫症应与外科会同诊断，并密切观察病情。本病应以内科治疗为主，治疗原则是解痉止痛，早期驱虫和抗感染。有条件的基层医院，可从内镜下取出蛔虫。蛔虫性肠梗阻原则是以手术治疗为主。

三、蛲虫病

蛲虫病是指由于蛲虫寄生于人体的小肠末端、盲肠和结肠所引起的一种常见的寄生虫病，多见于婴幼儿。常见症状为肛门周围和会阴部瘙痒、睡眠不安、夜惊。在集体儿童机构中可引起流行，也可在家庭中传播。蛲虫钻入女孩的阴道或尿道，可引起阴道炎或尿道炎。

【诊断要点】注意与肛门瘙痒症相鉴别：① 有肛门周围和会阴部瘙痒，精神不安、性情怪乖、注意力不集中、烦躁、磨牙等症状。肛周局部可有炎性疼痛，甚至破溃。还可能有异位损害表现，如阑尾炎、阴道炎、前列腺炎等。② 入睡后 1～3 小时可在肛门、会阴查见乳白色成虫。③ 胶玻纸拭法、湿拭法早晨检查，连续 6 日检查阳性。

【治疗要点】治疗原则：口服驱虫药驱虫，局部症状明显者加用外用药。

1. 一般治疗　夜间穿满裆裤，手用包布包裹以避免抓肛门或会阴，次日早晨用肥皂水清洗肛门周围皮肤。更换内裤及包布，并用沸水烫洗再进行暴晒，连续 10 日，床单、被单要经常清洗、消毒。

2. 药物治疗

(1) 内服药：

噻嘧啶(抗虫灵)　30 mg/kg　睡前顿服　或　5 mg/kg　睡前顿服

连续7日

警示：噻嘧啶为广谱高效驱虫剂，可通过抑制虫体胆碱酯酶使其麻痹而排出体外。口服很少吸收，毒性极低，可有轻度恶心、眩晕、腹痛，偶尔有呕吐、腹泻等，一般不需要处理。不必服泻药，肝炎或肾炎、严重心脏病、发热儿童暂缓给药。最大剂量1 g。

或　甲苯咪唑　100 mg　口服　每日2次　连用3日　或　200 g　1次顿服

或　思波维铵　5 mg/kg　睡前1次顿服

警示：思波维铵为一种铵染剂，有显著杀蛲虫作用，不良反应少，偶有恶心、呕吐、肌痉挛、腹痛、腹泻和荨麻疹等。服药时应吞药，不宜咬碎。服后可将粪便染成红色，应告知患儿家长。胃肠道有炎症时不宜用，以免增强吸收而造成严重反应。

或　阿苯达唑　200 mg　顿服

(2) 外用药：

蛲虫软膏　局部涂擦　每晚1次

或　抗蛲灵肛用软膏　局部涂擦　每晚1次　连用7日

或　噻嘧啶栓剂　塞肛　每晚1次　连用3～5日

警示：蛲虫软膏含有白部浸膏30%、甲紫0.2%。抗蛲灵肛用软膏含双羟萘酸噻嘧啶3%，每晚睡前以温水洗净肛门周围，先挤出软膏少许涂于肛门周围，再将少量软膏或10%的氧化锌软膏涂于肛周的皮肤上，亦可达到止痒剂减少自身感染的目的。

【注意事项】① 上述驱虫处方可任意选用1种，驱虫治疗2周后应再复治1次。② 蛲虫的寿命一般20～30日，如能避免重复感染，即使不治疗也能自行痊愈。单纯药物治疗而不结合预防，则甚难彻底治愈及杜绝流行。③ 蛲虫不需中间宿主，感染性虫卵经手、衣物、玩具进入口腔后，即可感染，故个人卫生对感染关系很大。

四、钩虫病

钩虫病是指由十二指肠钩口线虫或美洲板口线虫寄生于人体小肠所致的肠道寄生虫病，俗称懒黄病。临床上以贫血、营养不良、肠胃功能失调为主要表现，严重者可致发育障碍及心功能不全。轻者可无症状，被称为钩虫感染。钩虫感染者与钩虫病患者为主要传染源，其传播途径为皮肤与污染的泥土、食物和水直接接触。

【诊断要点】① 有在流行区赤足下地裸手在农田劳作，而出现皮肤瘙痒，局部出现红色丘疹，即所谓粪毒病史。感染1周左右，可出现咳嗽、阵发性哮喘。② 有贫血、乏力、嗜异物癖、面色萎黄、食欲减退等临床表现。

③ 粪检可发现钩虫卵，粪隐血试验阳性。④ 晚期患者血红蛋白下降80 g/L以下，红细胞降至 3.5×10^{12}/L以下。

【鉴别诊断】注意与其他原因引起的缺铁性贫血相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：正确选用驱钩药，纠正贫血，对症处理。

1. 一般治疗　加强营养、补充铁剂、注意卫生、防治并发症。

2. 局部治疗　于感染后24小时内采用左旋咪唑涂肤剂或15%阿苯达唑软膏1日2～3次，重者连续2日，有止痒、消炎及杀死皮内钩虫幼虫的作用，适用于尾蚴性皮炎，预防呼吸道症状。

3. 药物治疗

阿苯达唑　400 mg　顿服　10日后可重复1次

或　阿苯达唑　100 mg　每日服2次　连续3日

或　甲苯达唑　100 mg　口服　每日服2次　连续3日

或　奥本咪唑　每日10 mg/kg　半空腹1次　连用3日

或　苯硫氰　100 mg　每日服2次　连服3次　或　150 mg　顿服

警示：① 阿苯达唑慎用于孕妇、乳母、肾功能不全、过敏者及有癫痫史者；② 甲苯达唑禁用于肝肾功能不全、消化性溃疡、孕妇及2岁以下儿童，应先充分嚼碎后咽下；③ 苯硫氰禁用于5岁以下儿童，慎用于孕妇、乳母。

贫血的治疗：参见缺血性贫血节。

【注意事项】① 尾蚴性皮炎控制后应注意全身症状，必要时进行驱钩治疗。驱钩药禁用于孕妇、乳母。② 重度钩虫感染伴贫血性心脏病或合并妊娠者，如无反复感染，又能及时补充营养、纠正贫血及驱钩治疗，则预后仍属良好。③ 定期复查钩虫卵。虫卵计算法可测定钩虫感染程度，<3 000个/g为轻度感染，3 001～1万个/g为中度感染，>1万个/g为重度感染。

五、丝虫病

丝虫病在我国是指由斑氏丝虫寄生于人体淋巴系统所引起的一种慢性寄生虫病，通过蚊虫传播。感染丝虫病后，至少半数患者不出现症状，成为血中有微丝蚴的“无症状”感染者。症状轻重与人体反应、感染轻重、丝虫种类等因素有关。从夜间采集患者的血中查到微丝蚴，或在淋巴结、淋巴管类找到成虫。

【诊断要点】① 疑似病例：有在流行季节、流行区居住史，发生反复发作的淋巴管炎与进行淋巴管炎、象皮肿、鞘膜积液、乳糜尿、酶联或免疫荧光检测抗体试验阳性者。象皮肿可在下肢、乳房、阴囊出现，其中以小腿为多。② 确诊病例：从夜间采集患者的血中查到微丝蚴，或在淋巴结、淋巴管内找到成虫。

【鉴别诊断】丝虫病所致的淋巴结炎、淋巴管炎及丹毒样皮炎应与细

菌引起者相鉴别，乳糜尿应与腹腔淋巴结核和肿瘤引起者相鉴别。

【治疗要点】及时做病原学治疗和对症治疗。

1. 一般治疗　抬高下肢，密切观察精囊、附睾、睾丸的变化，如有改变应对症治疗。

2. 对症治疗　① 淋巴管炎与淋巴结炎：若为丝虫本身引起的可服用解热镇痛剂或泼尼松，继发细菌感染者应用抗菌药物。② 乳糜尿：可将糯稻根 1 000 g 洗净煎服，10～14 次为一疗程。严重者可考虑手术治疗。③ 象皮肿以手术治疗为好。

(1) 银丁菊汤：适用于丝虫病急性淋巴管炎。

常以金银花、地丁草、野菊花各 15 g，当归、赤芍、黄柏、牛膝、泽兰各 9 g，煎汤，如发热可加荆芥、防风各 9 g，每日 1 剂，连服 7 日。

(2) 抗丝虫病药物：

乙胺嗪 1.5 g　每晚 1 次　顿服

或　0.75 g/d　连服 2 日　或　0.5 g/d　连服 3 日(适用于马来丝虫病)

或　乙胺嗪　0.6 g/d，分 2～3 次服　连服 7 日　总量 4.2 g(适用于严重感染者或班氏丝虫病)

或　左旋咪唑　200 mg/d　连服 5 日

或　呋喃嘧酮　，每日 20 mg/kg　分 2～3 次口服

若为淋巴丝虫　连服 7 日，若为罗阿丝虫则连服 10 日

警示：① 乙胺嗪剂量过大可导致食欲不振、恶心、呕吐、头痛、乏力、停药后很快消失。有严重心、肝、肾疾病者及妊娠期暂缓使用；② 呋喃嘧酮禁用于孕妇及严重心、肝、肾疾病者，用药期间勿饮酒。

【注意事项】① 丝虫病的发展随地区和感染程度而异，在超高度流行区及高度流行区，病变继续发展，终至发生象皮肿。复发性淋巴管炎及象皮肿影响劳动能力甚大；严重象皮肿患者劳动能力几乎完全丧失，但对生命威胁不大；顽固、持续性乳糜尿对患者危害较大。严重象皮肿、乳糜尿必要时可考虑手术治疗。② 驱虫后定期检查。

(吉济华　刘美珍)

第四章

常见外科疾病

第一节　常见普外科疾病

一、急性阑尾炎

急性阑尾炎是外科常见急腹症，如处理不当有致命危险。

【诊断要点】① 有典型的转移性右下腹痛病史，发病初期往往为上腹痛，随病情发展，上腹痛消失，疼痛转移至右下腹部，并较为固定。② 起病一般不发热，随病情发展可有低热，一般为 37.5℃～38.5℃，儿童可有高热。③ 发病后大多数病人有恶心，呕吐发生率约为 30%，部分病人可有腹泻。④ 右下腹检查可有固定压痛、反跳痛及腹肌紧张。病情严重时，右下腹压痛可向全腹蔓延，往往考虑为阑尾穿孔弥漫性腹膜炎。⑤ 血白细胞及中性粒细胞计数上升，严重者可以发生核左移。⑥ B超可见盆腔少量积液。

【鉴别诊断】① 卵巢滤泡破裂：多发生于青年妇女，无转移性右下腹痛。腹痛为突然发生伴阴道流血，疼痛部位先开始于一侧，很快扩散到整个下腹部，出血量大时，发展至全腹痛，腹腔穿刺可抽出新鲜血液，症状多发生在两次月经之间，即前次月经后 12～14 天。② 右侧输卵管妊娠破裂：可突然发生剧烈腹痛，大出血可出现休克症状，有肛门下坠感，全腹压痛，近期有停经及阴道流血史，腹腔穿刺及阴道后穹隆，穿刺抽出新鲜血液，妊娠试验阳性。③ 消化性溃疡穿孔：有消化性溃疡病史，急腹痛一开始就剧烈，且持续存在，主要位于上腹部及右上腹部，右下腹虽有压痛，但不如穿孔部位明显，肝浊音界消失，腹部 X 线片可见膈下游离气体。④ 急性胃肠炎：主要表现为腹痛、腹泻、恶心、呕吐、便后腹痛减轻，压痛范围广泛，无肌紧张，粪检有红细胞、脓细胞。

【治疗要点】治疗原则：早期诊断、早期手术、适当选用抗菌药。

1. 手术治疗　绝大多数急性阑尾炎一旦确诊，应早期施行阑尾切除术。早期手术指阑尾还处于管腔阻塞或仅有充血水肿就手术切除，此时手术操作较简易，术后并发症少。如化脓或穿孔后再手术，操作困难且术后并发症明显会增加。术前就用抗菌药，有助于防止术后感染的

发生。

2. 非手术治疗　仅适用于单纯性阑尾炎及急性阑尾炎的早期阶段，病人不接受手术治疗或客观条件不允许，或伴存其他严重器质性疾病有手术禁忌证者。主要措施包括选择有效的抗菌药和加强病情观察。

3. 一般治疗　注意休息，发病时需禁食，经治疗后如症状好转也仅能进低脂流质饮食，适当补液。

4. 药物治疗

(1) 早期阑尾炎和疑为阑尾炎的病人，可用：

氧氟沙星(氟嗪酸)　200 mg　口服　每日 3 次

甲硝唑　0.5 g　口服　每日 3 次

(2) 若无效，应静脉滴注抗菌药：

青霉素　800 万 U ｜ (皮试阴性)
5%葡萄糖生理盐水　500 ml ｜ 静脉滴注　每日 1 次

或　阿米卡星(丁胺卡那霉素)　0.4 g ｜
5%葡萄糖生理盐水　500 ml ｜ 静脉滴注　每日 1 次

10%葡萄糖注射液　500 ml ｜
山莨菪碱(654－2)　10 mg ｜
维生素 C　1 g ｜ 静脉滴注　每日 1 次

(3) 青霉素皮试阳性的病人，可用：

克林霉素　0.6 g ｜
5%葡萄糖生理盐水　500 ml ｜ 静脉滴注　每日 1 次

或　盐酸左氧氟沙星(左克)　0.4 g ｜
5%葡萄糖生理盐水　500 ml ｜ 静脉滴注　每日 1 次

【注意事项】① 急性阑尾炎治疗过程中必须观察腹痛情况，如腹痛加重难忍，体温升高，提示炎症加重或有阑尾穿孔可能，则必须手术治疗。② 本病需注意血象变化。③ 如病人是老年人和小儿，则应尽量早期进行手术治疗。④ 如经保守治疗好转，应告知病人还可能会复发。⑤ 慢性阑尾炎注意防止复发，密切观察病情变化，千万不能延误手术时机。

二、门静脉高压症

门静脉高压症常见于肝炎后肝硬化和血吸虫病性肝硬化。由于肝内或肝外门静脉血流受阻，使门静脉压力增高。长期门静脉高压可引起一系列并发症，出现充血性脾大和脾功能亢进(脾亢)、食管-胃底静脉曲张和呕血、腹水等。

【诊断要点】① 多见于30～50岁中年男性，有嗜酒、肝炎或血吸虫病史。② 具有脾大和脾亢、呕血和黑便以及腹水三大典型症状。③ 可有肝脾肿大、黄疸、蜘蛛痣及腹壁浅静脉怒张。④ 化验检查可显示由脾亢引起的血细胞三系减少：白细胞计数降至3×10^9/L以下，血小板计数减少至(70～80)$\times10^9$/L以下，红细胞计数亦有程度不同的下降；肝功能受损出现ALT升高、血浆白蛋白降低等。⑤ 食管钡餐显示虫蚀状、蚯蚓状或串珠样影像改变。⑥ B超可帮助判定肝硬化、脾大和腹水及其程度。

【鉴别诊断】① 消化性溃疡并发出血：有消化性溃疡病史，以便血为主，呕血量较少，近期消化性溃疡症状加重，内镜可帮助鉴别。② 胃癌并发出血：发病年龄多数在50岁以上，以便血为主，无休克症状。③ 胆道出血：有感染症状，腹痛、发热，甚至有轻度黄疸现象，右上腹常可扪及肿大的胆囊，B超可帮助鉴别。

【治疗要点】治疗原则：主要是预防和控制食管-胃底静脉曲张破裂出血。为了提高治疗效果，应根据患者的具体情况，采用药物、内镜、介入放射学和外科手术的综合性治疗措施。其中手术治疗应强调有效性、合理性和安全性，并应正确掌握手术适应证和手术时机。基层医院宜慎重选择。手术主要适应证：① 没有黄疸、没有明显腹水的脾亢应争取及时手术或经短时间准备后即进行手术；② 食管-胃底静脉曲张破裂出血，反复出血时应积极采取手术治疗。③ 内科治疗无效者，可考虑择期手术。

1. 食管-胃底静脉曲张破裂出血　为了提高治疗效果，应根据病人的具体情况，采用药物、内镜、介入放射学和外科手术的综合性治疗措施。其中手术治疗应强调有效性、合理性和安全性，并应正确掌握手术适应证和手术时机。

2. 一般治疗　病人适当减少活动，注意劳逸结合，可参加轻工作，饮食以高热量高蛋白和维生素丰富而易消化的食物为宜，有腹水时饮食应少盐或无盐，禁酒及避免进食粗糙坚硬食物，禁用损害肝脏的药物。

3. 药物治疗　药物治疗的目的是降低门静脉压力，主要为缓解和阻止肝脏纤维化的发生，从而降低上消化道出血的发生。

(1) 血吸虫病引起的门静脉高压症：常使用吡喹酮，用法详见寄生虫病章节。

(2) 保肝和抗病毒药物治疗：主要适用于乙型肝炎后引起的门静脉高压症，且病情处于相对稳定期，无上消化道出血的病人。参见病毒性肝炎章节。

(3) 适用于门静脉高压症伴黑便的病人，可用：

酚磺乙胺(止血敏)　3.0 g
10%葡萄糖注射液　500 mg　静脉滴注　每日1次

垂体后叶注射液(加压素)　24 U
10%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日1次

阿拓莫兰　1.8 g
10%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每日1次

奈替米星　0.2 g
生理盐水　500 ml　静脉滴注　每日1次

警示：① 如病人出现呕血，速转上级医院治疗。② 垂体后叶注射液静脉滴注时速度一定要慢，一般30滴/min，少数人会出现过敏反应，表现为胸闷、心悸、过敏性休克，应立即停药，且予抗过敏治疗。③ 此类病人需绝对禁食，故另需补充电解质，同时密切监测生命体征。④ 止血药物不宜长期使用，一般为3～4日。

4. 内镜硬化剂注射　常用1%乙氧硬化醇、5%氨基乙醇、5%鱼肝油酸钠等，有条件的基层医院，可在上级医师指导下使用。适应证为：不适合急诊手术及手术后再出血者。

【注意事项】① 门静脉高压症约有50%～60%可发生食管-胃底静脉曲张破裂大出血，处理不及时死亡率高达25%～70%，故必须能快速处理，控制出血，为手术治疗赢得时间。② 门静脉高压症的病人主要的并发症为上消化道出血，如仅为黑便，说明出血量较少，大多可通过保守治疗好转；如出现呕血，说明出血量较多，应及时转上级医院治疗，进行三腔二囊管压迫止血或病情稳定后进行脾脏切除和贲门周围血管离断术。③ 本病需定期复查肝功能和"二对半"。④ 如为血吸虫病引起的需切断传播途径和保护易感人群。

三、胆囊炎、胆石症

胆囊炎是胆囊发生细菌性和(或)化学性炎症，胆石症包括发生在胆囊和胆管的结石，胆囊炎和胆石症互为因果关系，胆石症可引起胆道梗阻，导致胆汁淤滞，细菌繁殖，而致胆道感染，胆道感染的反复发作又是胆石形成的重要致病因素和促发因素。胆结石的病因十分复杂，是综合性因素所致，目前认为其基本因素是胆汁的成分和理化性质发生了改变，导致胆汁中的胆固醇呈过饱和状态，易于沉淀析出和结晶而形成结石。

【诊断要点】① 主要见于成年人，女性常见，以经产妇和服用避孕药者常见，这可能与雌激素在胆囊结石形成中的作用有关。② 临床典型症状表现为进油腻饮食后，出现右上腹阵发性绞痛，可向肩胛部和背部放

射，多伴有恶心、呕吐，莫威征阳性。③ B超检查或胆囊造影可明确诊断，但需注意是否有胆源性胰腺炎的存在。

【鉴别诊断】① 消化性溃疡：一般无放射痛，莫威征阴性，上消化道钡餐检查或胃镜可帮助鉴别。② 急性胃炎：恶心、呕吐明显，常有饮食不洁或受凉史，病程短，病史对鉴别十分重要。

【治疗要点】治疗原则：如病人症状反复发作，胆囊切除是治疗胆结石的首选方法，效果确切，现已开展的腹腔镜下进行胆囊切除术，对病人有手术创伤小、恢复快等优点。无症状的胆囊结石一般不需立即进行胆囊切除。总的趋势是对年轻人采取较积极的手术态度，对老年人则采取较保守态度。但有以下情况应考虑手术治疗：① 糖尿病患者的胆囊结石，且糖尿病已控制时。② 胆囊无功能。③ 胆囊结石超过 2 cm。④ 瓷样胆囊等。

1. 一般治疗　注意休息，需注意饮食，不宜暴饮暴食，尤其不能进高脂肪饮食，尽量减少发作的次数。

2. 药物治疗　如病人偶尔发作，症状较轻，病程较短，可采取药物治疗，如静脉滴注抗生素和解痉治疗，症状缓解后可口服药物治疗。

(1) 本病患者右上腹轻度疼痛，无发热，以前曾有类似发作史，可用：

阿莫西林　0.25 g　口服　每日 3 次
山莨菪碱(654－2)　10 mg　口服　每日 3 次
消炎利胆片　2 片　口服　每日 3 次

警示：① 如原为青霉素阳性，阿莫西林慎用。② 如合并胆道梗阻，消炎利胆片禁用。③ 脑出血急性期和青光眼病人忌用山莨菪碱(654－2)。

(2) 本病合并无黄疸的，无胆源性胰腺炎的病人，可用：

青霉素　800 万 U ｜(皮试阴性)
5%葡萄糖生理盐水　500 ml ｜静脉滴注　每日 1 次

或　阿米卡星(丁胺卡那霉素)　0.4 g ｜
5%葡萄糖注射液　500 ml ｜静脉滴注　每日 1 次

(3) 青霉素皮试阳性的本病患者，可用：

克林霉素　0.6 g ｜
5%葡萄糖生理盐水　500 ml ｜静脉滴注　每日 1 次

或　盐酸左氧氟沙星(左克)　0.4 g ｜
5%葡萄糖注射液　500 ml ｜静脉滴注　每日 1 次

(4) 溶石：适用于<1 cm 阴性结石

熊去氧胆酸　8～13 mg/kg ｜每日分 3 次，饭后服用
或　鹅去氧胆酸　13～15 mg/kg ｜连服 12～24 个月

(5) 中药排石，可用：

排石汤　1包　口服　每日2次　连服10日　可减轻症状

(6) 体外震波碎石，适用于<2 cm的结石，有一定的复发率还可能有一些并发症，应向患者交代清楚。

【注意事项】① 胆结石病人在治疗中需观察腹痛情况，如经上述治疗腹痛无好转，提示结石嵌顿或穿孔，如出现黄疸，提示胆总管阻塞或(和)炎症较重，需转上级医院治疗。② 本病发作期间应禁食，腹痛好转仅能进低脂饮食。③ 如病程中出现左上腹痛，提示可能有胆源性胰腺炎存在。④ 腹腔镜胆囊切除术适应证：A. 合并原发性胆管结石及胆管狭窄者；B. 腹腔内广泛黏连者；C. 合并妊娠；D. 严重心肺功能障碍而不能耐受手术者。

四、急性胰腺炎

急性胰腺炎是指胰腺及其周围组织被胰腺所分泌的消化酶自身消化而引起的化学性炎症性疾病。常分为轻型急性胰腺炎和重症急性胰腺炎两大类，前者占90%，后者较少见。

【诊断要点】① 有胆道疾患、胰管梗阻、手术与创伤、饮酒、暴饮暴食和使用糖皮质激素、硫唑嘌呤、四环素、氢氯噻嗪(双氢克尿噻)等病史。② 轻型急性胰腺炎有急性腹痛、发热、恶心、呕吐等症状，重症急性胰腺炎除有上述症状外，可出现休克、水及电解质紊乱和酸碱平衡失调。③ 白细胞增多，核左移，严重者红细胞比积可增高达50%以上。④ 血淀粉酶增高，发病后6～8小时升高，12～24小时常高于500苏氏单位，(速率法)，48～72小时开始下降，历时3～5日；尿淀粉酶增高出现稍晚，一般在12～24小时升高，下降亦稍迟，可持续1～2周。⑤ B超检查可见胰腺饱满弥漫性增大，其轮廓及周围边界模糊不清，坏死区呈低回声或低密度图像。

【鉴别诊断】① 急性胆囊炎、胆结石、胆绞痛：寒感、高热、莫威征阳性，胆囊肿大，B超检查可帮助鉴别。② 消化性溃疡急性穿孔：有溃疡病史、腹肌呈板状，触之感觉较硬。肝浊音界缩小或消失，膈下有游离气体，B超可帮助鉴别。③ 急性肠梗阻：阵发性腹痛，听诊有气过水音或金属音，肠腔有气液面、X线检查有助于诊断。

【治疗要点】治疗原则：急性胰腺炎治疗应根据其分型、分期和病因选择恰当的治疗方法，轻型急性胰腺炎大多可采用保守治疗，重症急性胰腺炎大多需手术治疗，且死亡率高。

1. 一般治疗　需卧床休息，绝对禁食，必要时可进行胃肠减压。

2. 药物治疗　输液防治休克，镇痛解痉，及胰酶抑制剂的应用，营养支持和广谱抗生素的应用。

(1) 镇痛解痉支持治疗，可用：

5%葡萄糖生理盐水　500 ml
山莨菪碱(654-2)　10 mg
维生素 K_1　30 mg
维生素 C　2 g　｜静脉滴注　每日 1 次

或　复方氨基酸　500 ml　静脉滴注　每日 1 次

或　20%脂肪乳剂　250 ml　静脉滴注　每日 1 次

(2) 抗感染，可用：

头孢哌酮钠/舒巴坦钠　3.0 g　｜(皮试阴性)
生理盐水　250 ml　｜静脉滴注　每日 2 次

或　奈替米星　0.3 g
10%葡萄糖注射液　500 ml　｜静脉滴注　每日 1 次

奥美拉唑　40 mg
生理盐水　250 ml　｜静脉滴注　每日 1 次

奥曲肽(善得定)　0.1 mg　皮下注射　每 12 小时 1 次

或　抑肽酶　10 万 U
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜静脉滴注　每日 1 次　连用 3～7 日

5-FU　250～500 mg　｜静脉滴注
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜每日 1 次　连用 3～7 日

【注意事项】① 如病人腹痛症状较重，排除重症急性胰腺炎可增加山莨菪碱(654-2)剂量至每日 20 mg，如病人症状较轻，奥美拉唑暂可不使用。② 选用广谱抗生素，应以抗革兰阴性菌为主。③ 病程中应密切观察症状和体征，每日复查血淀粉酶和电解质，如出现低钙血症，则提示重症急性胰腺炎可能；如病情无明显好转，奥曲肽(善得定)增加剂量至每 6 小时 0.1 mg，并请求转上级医院治疗；如果病人经保守治疗病情缓解，可在急性胰腺炎治愈后 2～4 周转上级医院手术治疗，以防反复发作。④ 注意反复检测血清淀粉酶，当淀粉酶恢复正常，症状和体征消失后可渐恢复正常饮食。

五、　慢性胰腺炎

慢性胰腺炎是指胰腺泡和胰管的慢性进行性炎症、破坏和纤维化的病理过程，常伴有钙化、假性囊肿和胰岛细胞减少或萎缩。常分慢性复发性胰腺炎和慢性持续性胰腺炎。

【诊断要点】① 有嗜酒、胆道疾患、高钙血症等病史。② 有反复发作或持续性腹痛、消瘦、腹泻和脂肪泻，后期可出现腹部囊性包块、黄疸和糖尿病。③ 有典型的检验改变：A. 胰腺外分泌功能试验：直接、间接试验

均为阳性；B. 空腹血糖升高，呈糖尿病曲线，胰岛素降低；C. 淀粉酶：慢性胰腺炎急性发作血、尿淀粉酶均升高；D. 粪便检查：可见脂肪滴及未消化的肌纤维，粪脂肪测定大于 6 g/L。④ 影像学检查，包括腹部平片、B 超检查、ERCP 和血管造影可帮助诊断。

【鉴别诊断】① 胰腺癌：该病常合并慢性胰腺炎，而慢性胰腺炎也有演化为胰腺癌的可能，鉴别较难，胰腺癌无反复发作史，必要时行细针穿刺组织学检查。② 胆道疾病：常与慢性胰腺炎同时存在，并互为因果，主要依靠 B 超、胆道造影，ERCP 进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：绝对禁酒，避免饮食，对症处理，支持治疗。

1. 手术治疗　目的是解除疼痛，最大限度保留胰腺的内、外分泌功能，延缓疾病的进展，但不能根治。常分为壶腹部手术、胰管引流术、胰腺切除术，后者为本病治疗最后考虑方法，原因是担心其发生胰岛素依赖型糖尿病。

2. 非手术治疗　① 病因治疗：治疗胆道疾病，戒酒。② 镇痛可用长效抗胆碱能药物。③ 饮食方法：少食多餐，高蛋白、高维生素、低脂饮食，按糖尿病的要求控制糖的摄入。④ 补充胰酶：消化不良，特别对脂肪泻病人，大量外源性胰酶制剂有一定治疗效果。⑤ 控制糖尿病：控制饮食并采用胰岛素替代疗法。⑥ 营养支持：长期慢性胰腺炎多伴有营养不良。

3. 药物治疗　根据病情选用止痛药、制酸剂，同时选用针对革兰阴性菌的抗生素。

(1) 本病腹痛伴腹泻者，可用：

药物	剂量	用法	频次
多酶片	2 片	口服	每日 3 次
山莨菪碱(654-2)	5 mg	口服	每日 3 次
雷尼替丁	150 mg	口服	每日 2 次
头孢氨苄缓释片(美丰)	0.25 g	口服	每日 2 次

(2) 本病腹痛症状较重的病人，可用：

	药物	剂量	用法
	青霉素	800 万 U	(皮试阴性)
	5%葡萄糖生理盐水	500 ml	静脉滴注　每日 1 次
或	阿米卡星(丁胺卡那霉素)	0.4 g	
	5%葡萄糖生理盐水	500 ml	静脉滴注　每日 1 次

【注意事项】① 青霉素皮试阳性的病人，可选用克林霉素(0.6 g)替换青霉素，盐酸左氧氟沙星(左克，0.4 g)替换阿米卡星(丁胺卡那霉素)0.4 g。青光眼患者忌用山莨菪碱。② 慢性胰腺炎的病人积极治疗者可缓解症状，但一般不易根治，临床表现各不相同，根据症状选用其他药物治疗，如合并血糖高，应用胰岛素疗法，剂量应根据病人具体情况再决定。

③ 如腹痛严重者可用麻醉药物，但尽量减少使用易成瘾的麻醉镇痛剂，如可用曲马多0.1 g肌内注射等。④ 如经保守治疗无效，可手术治疗。⑤ 慢性胰腺炎晚期常死于并发症，如全身衰竭、糖尿病、胆道化脓性感染，极少数可演变为胰腺癌。

六、痔

俗话说“十男九痔，十女十痔”。此话虽有些夸张，但足以说明痔疮的发病率是很高的。痔包括内痔和外痔，痔疮是肛垫的病理性肥大、移位及肛周皮下血管丛血流淤滞形成的团块。经常吃刺激性食物及饮酒等不良饮食习惯以及人们长期静坐、久站的职业特点是引发痔疮的主要原因，司机、上班族等都是高发人群。曲张的静脉因排便等摩擦可破裂出血，或形成团块脱出，病人很痛苦。

【诊断要点】① 内痔：如果在大便时出血，感觉有东西脱出肛门外，或肛门外有肿物疼痛，分泌物增加，就可能是患了痔疮。内痔早期的症状主要是无痛性间歇性便后鲜红色血。内痔到中期，大便后就会有痔核脱出肛门外。一般便后可以自己回到肛门内，内痔发展到晚期，大便后痔核脱出不能回到肛门内，需要用手推回，或经过休息后才能回去。严重时咳嗽、用力、工作或劳动时都会脱出肛门外，经常因分泌物增加，感到肛门湿润不适，内裤污染。如果因衣服的摩擦感染发炎，就会肿痛起来，送不回肛内甚至出现坏死，这叫做内痔嵌顿。内痔一般分为Ⅳ度：Ⅰ度主要是出血；Ⅱ度排便时痔块脱出，便后自行还纳；Ⅲ度排便或劳累后脱出，需用手才能还纳；Ⅳ度为长期脱出，不能还纳。② 外痔：主要是血栓性外痔，它是由于便秘、咳嗽、剧烈运动后肛缘静脉破裂在皮下形成的血肿。病人会自觉肛缘有一肿块，伴有剧烈疼痛，3～4 日以后疼痛改善，肿块变软逐步消失。

【鉴别诊断】① 肛裂：周期性便血伴疼痛，可发现肛门后正中或前正中肛管皮肤有全层纵形裂口、溃疡形成。② 低位直肠息肉：多发生在幼儿，单发息肉有细长蒂，呈乳头状，紫色或暗红色，易出血，质柔软，指诊可扪及。多发性息肉，呈颗粒状突起，散在分布，易出血。③ 直肠脱垂：多发生于儿童、老年。脱出的直肠黏膜呈圆形，红色，表面光滑为“放射性”的皱襞。若直肠全层脱出，则呈圆柱状，有状如同心圆的环形沟，表面柔软，为正常黏膜，可还纳。④ 肛管直肠癌：肛管低位直肠癌可能有出血及远线上下方肿块，呈暗红色或果酱色，肿块质硬，表面不光滑，常有溃疡或呈菜花状。直肠指诊，肛门镜检查及取组织病理检查可明确诊断。

【治疗要点】治疗原则：① 无症状的痔无须治疗。② 有症状的痔重在减轻、消除症状，而非根治。③ 以保守治疗为主。

1. 一般治疗　在痔的初期和无症状静止期的痔，只需增加膳食纤维丰富食物，改变不良的大便习惯，保持大便通畅，防治便秘和腹泻。热水坐浴可改善局部血液循环，肛管内注入油剂或栓剂，有润滑和收敛作用，可减轻局部的瘙痒不适症状。

2. 对症治疗

(1) 用于水肿为主的，可用：

强力脉痔灵　0.15 g　口服　每日 2 次

(2) 用于出血为主的，可用：

益清胶囊　2 片　口服　每日 3 次

或　复方消痔栓　1 片　肛塞　每日 1 次

(3) 用于急性发作期、慢性痔疮，可用：

地奥司明　1 片　口服　每日 2 次(每日午餐与晚餐时)

3. 内痔的治疗

(1) 注射疗法：适用于并发症的内痔Ⅰ、Ⅱ度，常用 5%酚植物油 1～2 ml，注入到痔顶端的黏膜下，切忌注入齿线以下的皮肤内，每次注射 1～3 个痔块，5～7 天注射 1 次，治愈率可达 90%。

(2) 胶圈套扎法：适用于各期的内痔，但以Ⅱ度为主，可用吸入套机器将痔块用胶圈套扎在其根部，亦可用血管钳套扎法将胶圈套扎在痔块根部，每次套扎 1～3 个，术后以 1∶5 000 PP 水坐浴，24 小时内不易大便，以防痔脱出。

(3) Ⅰ、Ⅱ度小型内痔尚可用冷冻疗法或红外线照射疗法。

4. 手术治疗　适用证为经保守治疗无效的Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ度的痔，特别是以外痔为主的混合痔。

【注意事项】① 服药期间隔可出现轻微的胃肠道不适和自主神经功能紊乱异常，无需停药。② 痔的治疗方法很多，非手术治疗对大部分痔的治疗效果良好，手术治疗只限于保守治疗失败或不适宜保守治疗的病人。③ 如经药物治疗后效果不佳的病人，可用注射疗法或胶圈套扎疗法。

七、肛门瘙痒

肛门瘙痒是一种病人就诊时主诉的症状，婴儿因缺乏表达能力则表现为哭闹和烦躁不安，食欲下降和消瘦。

【诊断要点】① 肛门瘙痒的原因常与局部刺激、痔瘘、蛲虫、滴虫、念珠菌感染或神经精神因素有关。② 损害常局限于肛门周围，但也可以扩展至会阴，阴囊或女阴部，轻者为肛周湿疹、多样性皲裂，重者为树枝样的苔藓样变，瘙痒常为阵发性。③ 通过局部检查，肛门指检、肛镜检查及涂

片镜检等检查均可明确原因，明确诊断，儿童最易与蛲虫病混淆，肛门瘙痒，可作为蛲虫病的一个常见症状。

【治疗要点】治疗原则：除去引起本病或使本病加重的原因。对有肠寄生虫、痔瘘、肛裂、直肠脱垂、阴道滴虫病者应予治疗，内服抗组胺剂或安定剂。适当使用外用药治疗。

1. 一般治疗　注意休息，穿宽松、透气的内衣，忌食辛辣食物，避免饮酒，对婴幼儿要勤换尿布，保持会阴、臀部皮肤干燥，便后清洗，避免使用橡皮布、塑料布等包扎会阴。

2. 药物治疗

(1) 以湿疹为主的肛周病损，可用：

复方炉甘石洗剂　适量　局部湿敷，每日 2 次
或　氢化可的松软膏　适量　涂擦患处，每日 2 次
或　醋酸去炎松软膏　适量　涂擦患处，每日 2 次
或　苦参 50 g、蛇床子 50 g、苍耳子 50 g　等量煎水洗　每日 2 次

(2) 伴有失眠、焦虑、过度劳累、情感变化，可用：

地西泮(安定)　5 mg　口服　每日 2 次

(3) 病损为多发性、顽固性可在局部用药的基础上使用抗组胺制剂和糖皮质激素，可用：

苯海拉明片　25 mg　口服　每日 2 次
地塞米松片　0.75 mg　口服　每日 3 次
或　赛庚定片　2 mg　口服　每日 3 次
地塞米松片　0.75 mg　口服　每日 3 次

(4) 肛周有真菌感染的病损，可用：

2%咪康唑霜剂　涂擦患处　每日 2 次
或　1%益康唑霜剂　涂擦患处　每日 2 次

(5) 局部伴有红、肿、热、痛、分泌物增多等感染症状时，可用：

哌拉西林(氧哌嗪青霉素注射液)　6 g | (青霉素皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 1 次
或　氧氟沙星注射液　200 mg |
5%葡萄糖注射液　250 ml | 静脉滴注　每日 2 次
1%氯霉素软膏　涂擦患处　每日 2 次

【注意事项】① 肛门瘙痒的原因较多，在选择治疗方案时必须明确病因，对较为严重的脱肛、痔瘘要到上级医院作相应的手术或局部治疗。对妇女阴道滴虫病也应作相应的妇科检查和治疗。② 对儿童，尤其是 1～5 岁的儿童肛门瘙痒应首先排除蛲虫感染，必要时使用驱蛲虫药，参见寄生虫病节。

八、 急性乳腺炎

急性乳腺炎是乳腺的急性化脓性感染。病人多是产后的哺乳期妇女，尤以初产妇多见，往往发生在产后 3～4 周。发病有两方面原因：① 乳汁淤积，有利于入侵细菌的生长繁殖。② 细菌入侵，乳头破损或皲裂使细菌沿淋巴管入侵是感染的主要途径。病人感觉乳房疼痛、局部红肿、发热是本病的特点。起初呈蜂窝织炎样表现，数天后可形成脓肿，可为单房或多房性，可向外溃破，深部脓肿可形成乳房后脓肿。随着炎症发展，病人可出现寒战、高热、脉搏加快，患侧淋巴结肿大、压痛，白细胞计数增高。感染严重者可并发败血症。

【诊断要点】① 分娩后 3～4 周的乳母有乳头破损、皲裂或胀奶史。② 有乳房疼痛、局部压痛、表面红肿、寒战、高热、患侧淋巴结肿大、压痛等临床表现，初为蜂窝织炎，数天后即形成脓肿，脓肿穿入乳管可见乳头溢脓。③ 白细胞计数增高，中性粒细胞比例增高。

【鉴别诊断】在脓肿未形成前注意与乳腺囊肿相鉴别，可从体温、血象及局部鉴别之。

【治疗要点】治疗原则：消除感染，排空乳汁。

1. 一般治疗　注意休息，注意乳房卫生，饮食宜清淡而又富有营养。千方百计排空乳汁，患侧暂停喂乳直至炎症完全消退才能恢复。

2. 手术治疗　如药物治疗无明显改善，应在压痛最明显的炎症区重复穿刺以证明有无脓肿形成。脓肿形成后应及时作脓肿切开引流，手术要有良好的麻醉。为避免损伤乳管形成乳瘘，应作放射状切开，深部或乳房后脓肿沿乳房下缘，乳晕下脓肿沿乳晕作弧形切口。脓肿引流要彻底、通畅。

3. 药物治疗　早期呈蜂窝织炎表现时不宜手术，应用抗生素可以获得良好的结果。

(1) 呈蜂窝织炎表现而未形成脓肿之前者，可用：

苯唑青霉素钠(新青霉素Ⅱ钠)　1 g　(皮试阴性)　肌内注射　每日 4 次

或　2.0～3.0 g　加于 5%葡萄糖注射液 500 ml 内　静脉滴注　每日 1 次

(2) 对青霉素不敏感的病人(注意不是青霉素过敏者)，可选第三代头孢菌素：

头孢噻肟钠　1 g　(皮试阴性)　肌内注射　每日 2 次

严重感染可予 3.0 g　加入 5%葡萄糖注射液　500 ml 静脉滴注　每日 1 次

或　头孢哌酮钠(皮试阴性)　1～2 g　肌内注射　每12小时1次
严重感染　以3.0 g+5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日1次
(3) 青霉素过敏者,可用:
红霉素片　250 mg　口服　每6小时1次
或　红霉素　1.0 g
5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日1次
(4) 五味消毒饮:清热解毒,消散疗痈
蒲公英、野菊花、金银花、紫花地丁、紫背天葵　各10 g水煎服　分2～3次口服　每日1剂
(5) 局部热敷:有利于早期炎症的消散
25%硫酸镁　湿热敷　每次20～30分钟　每日3～4次
(6) 停止哺乳的患者,可用:
炒麦芽　60 g　水煎　分2次服　每日1剂　连服2～3日
或　己烯雌酚　1～2 mg　口服　每日3次　连服2～3日
或　苯甲酸雌二醇　2 mg　肌内注射　每日1次　至收乳为止

【注意事项】① 尽量避免使用糖皮质激素。② 抗菌药物可被分泌至乳汁,因此应避免使用四环素、氨基糖苷类、磺胺药和甲硝唑等药物,以防影响婴儿。③ 一旦明确脓肿形成,主要治疗措施是及时作脓肿切开引流,同时予抗生素治疗。④ 一般不停止哺乳,但患侧乳房应停止哺乳并以吸乳器吸尽乳汁,感染严重或脓肿引流后并发乳瘘应停止哺乳。⑤ 预防关键在于避免乳汁淤积,防止乳头损伤,并保持其清洁。加强产妇卫生宣教。

九、乳腺增生症

本病也称乳腺囊性增生病,乳腺腺病,是乳腺实质的良性增生。为妇女多发病,常见于中年妇女。本病系内分泌障碍所致。病人突出的表现是乳房胀痛和肿块。本病的特点是疼痛常为周期性,与月经周期有关,月经前疼痛加重,月经来潮后减轻或消失。有时整个月经周期都有疼痛。

【诊断要点】① 有内分泌功能紊乱病史。② 有乳房胀痛,初呈周期性,月经前加重,月经来潮后减轻或消失,以后逐渐变为持续性胀痛。③ 有一侧或双侧乳腺弥漫性增厚,可呈局限性改变,也可分散于整个乳腺。肿块呈颗粒状、结节状或片状,质韧而不硬,与周围乳腺组织分界不明显。少数病人可有乳头溢液。④ 常与乳腺癌同时存在,故应注意自查或定期到医院复查。X线钼靶、干板摄片、CT等可帮助

明确诊断。

【鉴别诊断】表 4-1-1

表 4-1-1 乳腺增生症与乳腺癌鉴别诊断

	乳腺增生症	乳腺癌
发病年龄	中青年	中老年
乳头溢液	清亮或淡黄色 偶尔也可有血性液 细胞学检查无癌细胞	以血性液为主 细胞学检查可发现癌细胞
乳房肿块	质韧、经前期变硬增大,月经后变小变软,压痛轻	质硬、活动度小、肿块较大、压痛明显
肿瘤标志物	阴性	阳性
X线钼靶	可作为鉴别诊断的首选检查方法	
CT	可作为鉴别诊断的方法之一	
治疗	以保守治疗为主,必要时可进行手术治疗	以手术治疗为主,同时配合化疗

【治疗要点】治疗原则:主要是对症治疗,可用中药或中成药调理。

1. 一般治疗　密切观察病情变化,定时随专科医师复查,并记录以资对照分析。

2. 手术治疗　肿块无明显消退者,应予切除并作快速病理检查。如有不典型上皮增生,则结合其他因素决定手术范围;如有对侧乳腺癌或有乳腺癌家庭史者,以及年龄大、肿块周围乳腺组织增生明显者,可作单纯乳房切除术;如无上述情况,可在肿块切除后密切随访。

3. 药物治疗　对于局限性乳腺增生症,在月经后 1 周至 10 日内复查,若肿块变软、缩小或消退,则予以观察并继续中药治疗。

逍遥丸 3 g　口服　每日 2 次

疼痛严重而影响工作或生活时,可考虑使用

甲睾酮　5 mg　口服　每日 3 次

或　丙酸睾酮　25 mg　肌内注射　每日 1 次　共 3～4 日

或　三苯氧胺　10 mg　口服　每日 2 次　3 个月为一疗程

【注意事项】① 用雄激素抑制雌激素,可能进一步扰乱人体激素之间的细致平衡,不宜常规使用,如必须使用,通常是在月经前 1 周内在专科医师指导下使用。② 若药物治疗无效,则需手术切除并作病理检查。③ 细针穿刺细胞学检查,方法简单,诊断符合率达 90%以上,但要注意

穿刺点的选择，一般应作多处、多点穿刺，以防漏诊。④ 乳腺癌与本病有同时存在的可能，为及早发现乳腺癌，应嘱病人每隔 2～3 个月到医院复查。

十、破伤风

破伤风是指由破伤风杆菌经伤口侵入人体，生长繁殖产生的外毒素所引起的一种急性特异性感染。

【诊断要点】① 常发生于开放性损伤，如火器伤、烧伤、开放性骨折、锈钉刺伤及新生儿断脐带消毒不严、非法堕胎等情况。② 临床上常表现为外伤后 1 周出现肌肉强烈收缩，颈项强直，角弓反张，牙关紧闭，“苦笑”面容等症状。③ 无破伤风预防免疫注射史。

【鉴别诊断】① 狂犬病：有猫、狗咬伤史，以各咽肌抽搐为主，咽肌应激性增强，病人听到水声或看见水，咽肌立即发生痉挛、剧痛，喝水不能下咽，并流大量口涎。② 化脓性脑膜炎：虽有“角弓反张”和颈项强直等症状，但无阵发性痉挛。患者有剧烈头痛、高热、喷射性呕吐等，脑脊液检查和白细胞检查有助于鉴别。

【治疗要点】治疗原则：解除痉挛，中和毒素，清创伤口，防治并发症。

1. 一般治疗　饮食宜清淡，减少刺激。住院治疗，严密观察病情变化。

2. 药物治疗

(1) 破伤风治疗，可用：

破伤风抗毒素(TAT)　3 万 U | （皮试阴性）缓慢静脉滴注
5%葡萄糖注射液　500 ml | 每日 1 次，连用 3 日

伤口污染严重者或已超过 12 小时，TAT 可立即皮下注射 3 000 U。

(2) 破伤风病人

破伤风免疫球蛋白　3 000 U　肌内注射

氢化可的松　400 mg |
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 1 次

(3) 抗感染，可用：

青霉素　160 万 U | （皮试阴性）
生理盐水　100 ml | 静脉滴注　每 4 小时 1 次

(4) 抽搐(轻)，可用：

地西泮　10 mg　肌内注射　每日 3 次

(5) 抽搐(重)，可用：

氯丙嗪　50～100 mg |
5%葡萄糖注射液　250 ml | 静脉滴注　每日 3～4 次

【注意事项】① 破伤风抗毒素(TAT)适应证：A. 有明显的污染伤口；B. 严重的开放伤口；C. 有细而深的伤口；D. 未能及时清创或处理欠妥的伤口；E. 因某些陈旧性创伤而施行手术前。无论预防或治疗均需尽早用药。② 破伤风免疫球蛋白一般只需注射 1 次，在体内维持时间 3～4 周，仍需进行类毒素预防接种。地西泮适用于病情较轻的痉挛，慎用于婴儿、老人及体弱者，禁用于青光眼和重症肌无力。③ 对外伤者应进行伤口清创，切除一切坏死及无活力的组织，清除异物，用 3%过氧化氢清洗伤口，并充分引流。④ 对本病的治疗必须采取积极的综合治疗措施，包括消除毒素来源，中和游离毒素，控制和解除痉挛，保持呼吸道通畅和防治并发症。⑤ 对有开放性外伤者应及时采取预防破伤风的措施，即立即注射破伤风类毒素，伤前未注射过类毒素者，伤后应尽早注射破伤风免疫球蛋白。⑥ 注意保持呼吸道通畅，抽搐频繁且不易受药物控制者应及早作气管切口。

(冀朝堂)

第二节　常见泌尿外科疾病

一、尿路结石

尿路结石是指发生在肾、输尿管的结石，又称为肾和输尿管结石，是泌尿系统中最常见的疾病之一，好发于中年和壮年。临床主要表现为活动后突发性肾区严重刀割样痛，常放射至下腹部，肾绞痛发作时，患者常双手紧压腹部或腰部，甚至翻滚、呻吟，呈极度痛苦状。常伴有恶心、呕吐、腹胀、便秘。绞痛缓解后，可有尿频现象，大部分可见镜下血尿，少部分为肉眼血尿。

【诊断要点】① 有长期卧床、喝水少、活动少病史。② 发作性血尿：尿液检查常为红色尿，镜下可见大量红细胞，并可出现盐类和结晶体。③ 肾绞痛反复发作，大部分患者不发作时可无任何症状。④ 双肾输尿管及膀胱 B 超常能发现结石，能确定结石位置，数目大小，有无嵌顿，有无肾积水。⑤ X线平片：能发现较大的结石，但对过小的结石不易发现，故常结合 B 超检查，以防漏诊。⑥ 静脉输盂造影：可显示结石位于肾脏轮廓以内和输尿管内远端输尿管及双肾盂扩张和积水，阴性结石则形成圆形充盈缺损。⑦ 逆行肾盂造影：可显示结石远端输尿管，如梗阻下方呈杯口状，边缘光滑，则多为阴性结石，如充盈缺损、下方不规则，且输尿管局限性扩张，则常为输尿管肿瘤。

【鉴别诊断】上尿路结石有时需与胆囊炎、胆石症、急性阑尾炎、卵巢

囊肿扭转鉴别。病史表现为与活动有关的血尿和疼痛，首先应考虑上尿路结石，表现为肾绞痛时可能性更大。

【治疗要点】治疗原则：根据结石类型决定药物治疗方案，解痉止痛、排石，抗感染治疗等。

1. 一般治疗　大量饮水，稀释尿液，减少尿液中结石成分的浓度，减少晶体沉积。调节饮食状态。

2. 手术治疗适应证　① 嵌顿较久或非手术治疗无效者。② 双侧上尿路结石。③ 结石引起肾严重破坏、功能丧失。④ 多发性肾盏结石。⑤ 肾盏明显扩张，实质萎缩和有明显复发因素的结石。

3. 药物治疗

(1) 急性发作的肾绞痛，可用：

阿托品　0.5 mg　肌内注射 1 次

或　哌替啶(杜冷丁)　50 mg　肌内注射 1 次

10%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注 1 次

黄酮哌酯(泌尿灵)　0.2 g　口服　每日 3 次

(2) 并发尿路感染，可用：

氧氟沙星注射液　400 mg ｜
10%葡萄糖注射液　500 ml ｜　静脉滴注　每日 1 次

或　哌拉西林(氧哌嗪青霉素)　4.0 g ｜　(青霉素皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　500 ml ｜　静脉滴注　每日 1 次

(3) 已排出或已取出的结石分析，尿酸结石为主的宜碱化尿液，口服别嘌醇，效果良好：

别嘌醇片　0.1 g　口服　每日 3 次

(4) 以胱氨酸结石为主要成分的尿路结石，乙酰半胱氨酸有较好的溶石作用，卡托普利则有预防胱氨酸结石形成的作用。与碱化尿制剂合用效果良好：

乙酰半胱氨酸片剂　0.5 g　口服　每日 3 次

卡托普利片　25 mg　口服　每日 3 次

碳酸氢钠　0.6 g　口服　每日 3 次

(5) 中草药排石，对于直径<0.6 cm、无梗阻、无感染的结石，可服用排石冲剂或单味中药如金钱草或车前子，进行排石治疗，绝大多数能自行排出：

海金砂　30 g ｜
金钱草　30 g ｜　煎汤口服　每日 2 次

或　车前子　15 g　煎汤口服　每日 2 次

或　排石冲剂　1 包　冲服　每日 3 次

【注意事项】① 尿路结石的治疗应根据结石大小、数目、位置、肾功能

和全身情况，有无确定病因，有无代谢异常，有无梗阻和感染及其程序而定。② 保守治疗，适合结石小于 0.6 cm，光滑，无尿路梗阻，无感染时。③ 尿路结石的饮食需注意：A. 食用含纤维丰富的食物；B. 含钙结石应限制富含钙的食品，如牛奶、奶制品、豆制品、巧克力、坚果等；C. 含草酸结石应限制富含草酸的食品，如浓茶、西红柿、菠菜、芦笋等；D. 含尿酸结石不宜食用高嘌呤类食品，如内脏、海产品、豆制品等。④ 体外冲击波碎石(RSWL)：大多数上尿路结石均适用此法。但对结石远端尿路梗阻、妊娠、出血性疾病、严重心脑血管病、安置心脏起搏器、血肌酐≥265 μmol/L、急性尿路感染者以及育龄妇女下段输尿管结石等，不宜使用。适宜于＜2.5 cm的结石，过大结石常需多次碎石，残余结石率高，碎石排出过程易引起肾绞痛、血尿，若击碎之石堆积于输尿管内，可引起“石街”，有时会诱发感染，有时还要再考虑是否需要手术治疗。⑤ 绝大多数尿路结石均可采用保守治疗或腔镜治疗获得良好的治疗效果，因此只有在上述治疗无效时，结石＞10 mm，合并梗阻感染等情况才进行开放性手术治疗。⑥ 中药排石有一定效果，注意观察排石后的病情变化。对于＞10 mm 的结石还是手术治疗较可靠。⑦ 排石成功后要多喝水，改变饮食结构(见第③)，预防再度形成结石。

二、 急性附睾炎

急性附睾炎是男性生殖系统非特异性感染中常见疾病，多见于中青年，常与睾丸炎同时存在，可称为急性附睾丸炎。

【诊断要点】① 阴囊局限性疼痛，渐加重，向腹股沟及腰部放射。② 发热，可高达 40℃，可合并膀胱尿道炎、前列腺炎等症状。③ 查体：阴囊肿大，皮肤红肿，附睾增大，发硬，触痛明显，精索水肿、增粗，严重时形成脓肿，或破溃成瘘管。④ 实验室检查：血白细胞计数升高，可达(20～30)×10^9 L，尿常规有脓细胞，尿道分泌物培养有细菌生长。

【鉴别诊断】睾丸扭转：多见于青少年，常在安静状态下发病，起病突然且急，阴囊部肿痛明显，多普勒超声检查显示血流少。

【治疗要点】治疗原则：抗感染，止痛，必要时作脓肿切开引流。

1. 一般治疗　卧床休息，将阴囊托起、热敷等。

2. 药物治疗

(1) 局部症状较轻，全身症状较轻的病人，可用：

头孢拉定　0.5 g　口服　每日 3 次

吲哚美辛　25 mg　口服　每日 3 次

或　磺胺甲噁唑(新诺明)　1.0 g　口服　每日 2 次

(2) 局部症状较重，全身症状明显的病人，可用广谱抗菌药联合抗感染：

哌拉西林	6.0 g	（青霉素皮试阴性）
5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　每日1次
或　环丙沙星	0.2 g	
5%葡萄糖注射液	250 ml	静脉滴注　每日2次

【注意事项】① 本病常由泌尿系统感染和前列腺炎、精囊炎扩散导致，血行感染少见，无菌尿经输精管逆流到附睾反会致化学性附睾炎。② 炎症可使附睾肿胀，由附睾尾部向头部蔓延，可形成脓肿，可累及睾丸，睾丸精膜可有渗液，形成继发性睾丸鞘膜积液。③ 形成脓肿应早期切开引流。

三、 前列腺增生症

前列腺增生症是指前列腺良性增生，常在50岁后出现症状，主要由于老龄和睾酮、双氢睾酮以及雌激素失去平衡所致。良性前列腺增生开始于围绕尿道精阜部位的腺体（移行带），而前列腺癌多数起源于外周带。前列腺炎是指发生于前列腺的炎症，常由于细菌感染引起，还可由梅毒、支原体、衣原体等引起，主要分一般感染、突发性非细菌性前列腺炎、非特异性肉芽肿性前列腺炎、特异性感染等。

【诊断要点】① 年龄常在50岁以上。② 常表现为尿频、进行性排尿困难、尿潴留等症状，晚期可能出现双肾积水和肾功能不全。③ B超检查：可直接测定前列腺大小、内部结构、是否突入膀胱及膀胱残余尿量。经直肠超声扫描更精确。④ 尿流率检查：若低于15 ml/s提示排尿不畅，低于10 ml/s提示梗阻严重。⑤ 前列腺液检查：前列腺炎时pH增高，白细胞>10个/HP，红细胞>5个/HP，卵磷脂小体分布不均，数量减少或消失，出现含脂肪小体的吞噬细胞，细菌培养有细菌生长，以大肠杆菌、革兰阴性杆菌为主。⑥ 直肠指检：可发现前列腺明显增大。⑦ 前列腺特异性抗原（PSA）：常稍增高，但若为前列腺癌可显著增高。

【鉴别诊断】主要与前列腺癌鉴别，其他尚与注意与神经源性膀胱、膀胱癌相鉴别，见表4-2-1。

表4-2-1　良性前列腺增生症与前列腺癌鉴别

	良性前列腺增生症	前列腺癌
年龄	50岁以上	60岁以上
全身状况	尚好	差
前列腺指诊	表面光滑、质韧、有弹性	表面呈结节状、坚硬如石
PSA	正常或轻度升高	显著升高
细胞学检查	可见炎性细胞	可见癌细胞

【治疗要点】治疗原则：① 降低膀胱颈及前列腺平滑肌张力，减少尿道阻力，改善排尿功能。② 抑制前列腺增生。

1. 一般治疗　注意休息，生活规律，忌食辛辣食物和酒，节制房事等。

2. 药物治疗　常用α_1受体阻滞剂，对症状较轻、前列腺体积较小的病人有良好的疗效：

特拉唑嗪　1 mg　口服　每日 1 次

或　哌唑嗪　1 mg　口服　每日 3 次

还原酶抑制剂　可使前列腺缩小，一般在服药 3 个月后见效

非那雄胺片　5 mg　口服　每日 1 次

【注意事项】① 手术治疗必须考虑全身情况，尤其主要脏器是否能耐受手术治疗，对梗阻较轻的一般采取保守治疗，对膀胱残余尿量＞100 ml 或曾出现过急性尿潴留的可考虑手术治疗。② 前列腺增生症合并感染、结石、梗阻加重引起肾积水、腹股沟疝、内痔、脱肛等，应作进一步的处理，最好转上级医院诊治。③ 本病不宜使用雌激素治疗，由于病程长，必须密切观察病情变化。

（许　龙）

第三节　常见骨科疾病

一、周围神经损伤

周围神经分脑神经、脊神经和自主神经，分布于全身各脏器和组织，主要具有传导神经刺激，发挥肢体运动、感觉和发汗的功能。周围神经损伤多因外伤、肿瘤、医源性等原因引起，致使支配区的功能产生严重障碍。

【诊断要点】① 有外伤、肿瘤或医源性损伤的病史。② 临床上常表现出损伤神经所支配区的功能障碍，如感觉减退、痛觉消失、感觉过敏、肌力减弱或消失、肌肉萎缩，主动运动功能丧失，自主神经功能障碍，皮肤早期干燥、脱屑，晚期变薄、光滑细腻、肤色微红、无汗、指甲变厚易碎，甚至出现肌电图及体感诱发电位异常等。③ 叩击试验（Tinel 征）：可体现神经损伤的部位及判断神经修复后再生情况。如用手轻叩击损伤神经，若出现放射痛、触电感等过敏现象，提示神经有再生。

【鉴别诊断】主要与中风后遗症、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病鉴别，可根据病史、发病情况加以鉴别。

【治疗要点】治疗原则：尽可能早地恢复神经的连续性，辅助神经营养药物治疗。

1. 一般治疗　理疗及适当的功能锻炼，防止肌萎缩和肢体畸形。

2. 手术治疗适应证　① 病程较短的神经损伤。② 内科治疗 3 个月无效的病例。③ 已出现畸形的病例，可考虑进行神经吻合术或神经移植术。

3. 药物治疗　本处方常用于无伤口的闭合性神经损伤观察期或开放性损伤手术治疗结束后的康复阶段。

甲钴胺(弥可保片)	500 mg	口服	每日 3 次
维生素 B_1	20 mg	口服	每日 3 次
维生素 B_6	20 mg	口服	每日 3 次

【注意事项】① 维生素 B_1 不宜与碳酸氢钠、氨茶碱、阿司匹林等同时服用。② 大部分闭合性损伤属于神经传导功能障碍和神经轴索断裂，多能自行恢复，服药期观察不超过 3 个月，如无效应进一步检查测试，如仍无进步则不必再等待，而应及时转上级医院手术治疗。③ 对晚期神经损伤已造成畸形病变的病人，应转院作改善功能的手术治疗。

二、 运动系统慢性损伤

运动系统慢性损伤是一组疾病的总称，可见于运动系统的多种组织和器官。常分为：① 软组织慢性损伤：包括肌组织、肌腱、韧带、腱鞘、关节囊和滑囊的慢性损伤。② 骨的慢性损伤：发生于骨结构纤细及易产生应力集中的部位如疲劳骨折。③ 软骨的慢性损伤：包括关节软骨和骨骺软骨的慢性损伤。④ 周围神经受长期反复或持续卡压损害，致慢性损伤。

运动系统慢性损伤症状虽因受累部位及组织不同而各有差异，但临床仍有其共性之处：① 无明确外伤情况下出现躯干或肢体某些部位长期持续或反复的疼痛。② 特定部位有明确的压痛点或包块，常伴有某些特殊的体征。③ 局部炎症不明显，无典型的红、肿、热、痛症状。④ 近期内有与疼痛部位相关的过度活动史。⑤ 部分病人有从事可能产生慢性损伤的职业、工种史。

【诊断要点】① 局部疼痛，无明显外伤史。② 局部有一压痛点或肿块。③ 部分功能障碍，例如肱骨外上髁炎，握物无力。④ 疼痛部位有近期过度活动史。

【治疗要点】治疗原则：找出病因，综合治疗。

1. 一般治疗　本组疾病的本质是慢性损伤性无菌性炎症，故限制易致伤动作，纠正不良姿势，积极锻炼增强肌力，关节不负重活动，分散不良应力，定时改变姿势注意防护，避免“风、寒、湿”是治疗中的要点。

2. 理疗、按摩、推拿、蜡疗、水疗及局部涂擦外用非甾体抗炎药或中药

制剂如“正红花油”、“理通”后，再以电吹风加热也可收到较好的近期效果。

3. 手术治疗　只适用于保守治疗无效，病程反复迁延者，宜慎重选择。

4. 药物治疗

(1) 对症处理、减疼痛，可用：

双氯芬酸(扶他林)　75 mg　口服　每日 1 次　饭后

扶他林乳剂　外用　每日 3～4 次

复方氯唑沙宗　2 片　口服　每日 3 次

(2) 局部封闭，可用：

药物	剂量	用法
曲安奈德(醋酸确炎舒松)	0.5～1 ml	局部痛点注射，7～10 日 1 次，3～4 次为 1 个疗程，必要时于 4 周后可重复 1 个疗程
12%利多卡因	1～3 ml	

警示：局部封闭时注射糖皮质激素时必须注意：① 诊断明确，一定是慢性损伤性炎症，而非细菌性炎症或肿瘤。② 严格无菌技术。③ 注射部位准确无误，不得损伤血管及神经。④ 按规定剂量及方法进行。⑤ 注射后短期内局部出现肿胀甚至红热者，应停止再次局部注射糖皮质激素，并给予相应处理。

【注意事项】① 症状较重时患肢应制动，尽可能减少活动，症状好转后进行关节功能锻炼。② 不宜参加重体力劳动或长时间行走。③ 针对病因纠正不良体位，不宜长时间固定某个体位。④ 如疾病反复迁延必要时可考虑手术治疗。

三、 颈肩综合征

颈肩综合征是以颈椎退行性病变为基础(椎间盘突出、骨质增生等)以及由此引起的颈肩部酸麻、胀痛症状的总称。颈肩综合征的发展是一个很漫长的过程，常和身体素质、职业、生活习惯、寒冷有明显关系。胃肠吸收差、生活不规律、长期紧张工作、思想高度集中者，是颈椎疾病的高发人群，如财务人员、电脑人员、驾驶员、教师、办公室工作人员、缝纫工等。颈肩综合征是中老年人的多发病、常见病，但随着社会工作节奏的加快、分工复杂化明显提高，颈肩综合征的发病有年轻化的趋势。

【诊断要点】① 有引起颈肩长时间保持前倾固定体位的病史。② 主要表现：颈部板滞、肩背部酸痛、手臂麻木、头晕、头胀，严重者上臂抬举困难等类似颈椎病、肩周炎的症状，是由于姿势不良引起颈部肌肉过于紧张，肌肉呈痉挛状态所致。

【鉴别诊断】主要与颈椎病鉴别，本病以软组织病变为主，而颈椎病则是以颈椎的退行性改变为主。X 线摄片有助于鉴别。

【治疗要点】治疗原则：纠正生活习惯，综合治疗。

1. 一般治疗　早期表现为明显长时间紧张工作后，头晕，颈肩部累。此时只要注意适当的体育活动和放松，情绪乐观，配合适当理疗。

2. 药物治疗

　　复方氯唑沙宗　2片　口服　每日3次
　　骨刺贴　患处外用　每24小时1次
或　扶他林片　75 mg　口服　每日1次
　　复方南星止痛膏　患处外用　每24小时1次
或　双氯芬酸钠肠溶胶囊　50 mg　口服　每日2次
　　理通喷雾剂　100 ml　患处外用　每日2次

【注意事项】① 如疾病继续发展，骨质增生加重，骨质密度增高，椎间盘突出明显，髓核纤维化，椎管变狭窄，出现肢体麻木、无力，感觉异常，宜及时进一步检查，必要时专科手术治疗。② 本病防重于治，工作时间应避免长时间固定于某一坐姿，或避免长时间低头操作，避免斜倚在床上看电视。工作时要有正确的坐姿，大腿与腰，大腿与小腿均应保持90°弯曲，上臂和前臂应保持70°～135°，手腕和前臂呈一条直线。③ 非甾体消炎药对消化道刺激症状为常见，有时并引起胃出血和穿孔，故均应饭后服用。非甾体消炎药可引起肝功能损害，故需注意肝功能变化，个别还可引起角膜混浊，大部分病人能迅速康复。

四、 肘管综合征

肘管综合征又称为网球肘，是指肘部骨折、脱位、小片撕脱、先天或后天性肘外翻，或肘管内发生肿瘤，压迫尺神经而产生的肘部的系列症状。常由于肘外伤、打球姿势不良或肘部疾病所致。肘管位于肘关节尺侧后方，尺神经即在此管中通过，因此，当肘管受损伤时，尺神经也极易受损伤，这也是一种新的现代生活病。

【诊断要点】① 有肘部外伤史或肘管内肿瘤史。② 常出现尺神经受压或受损伤症状，如患侧小指、环指和手背尺侧有麻木、疼痛，感觉减退或消失。受尺神经支配的小肌肉萎缩，出现“爪形手”，小指和环指不能伸直，拇指不能对掌，拇指与食指对指无力，手指不能分开或不能并拢，影响手部劳作，绣花、编织、弹琴、操作电脑、写字、绘画等均受到影响。③ 患肘X线摄片可帮助诊断肘管内肿瘤。同时可显示肘部陈旧性骨折畸形愈合，肘关节骨性关节炎等。

【鉴别诊断】本病应和神经鞘膜瘤和神经根型颈椎病相鉴别，主要通过CT、MRI检查鉴别。

【治疗要点】治疗原则：消除麻木、疼痛，恢复前臂功能。治疗方法的

选择：尺神经前置术是基本治疗方法。对症状较轻可采用保守治疗，如无效即予手术治疗。

1. 一般治疗　夜间使用夹板，固定肘关节于屈曲 45°轻度外展位，症状重、发作频繁者可作持续固定。

2. 手术治疗　适用于保守治疗无效者。

3. 药物治疗

(1) 本病早期减轻症状，可用：

扶他林片	75 mg	口服	每日 1 次
维生素 B_6	50 mg	口服	每日 2 次
甲钴胺(弥可保)	500 μg	口服	每日 3 次
迈之灵(马栗种子提取物)	150 mg	口服	每日 2 次

(2) 本病中晚期，可用：

氢化可的松	25 mg	肘管内注射	每周 1 次	连续 3 次
2%利多卡因	1.5 ml			

【注意事项】① 当经上述治疗症状减轻后即可改为理疗。② 如果保守治疗无效可考虑施行手术减压，肘管松解并将尺神经前置皮下、肌肉内或肌腹下。③ 注意养成良好的生活习惯，避免肘外伤，运动前先做预备运动，运动结束后适应当甩臂、旋臂。严重者应适当休息，平时注意劳逸结合，科学运动。

五、 腕管综合征

腕管综合征是正中神经在腕管内受压而引起的一组症状和体征。是压迫性外周神经病中常见的一种。腕管由腕骨构成底和两侧壁，其顶为腕横韧带(屈肌支持带)覆盖形成一个骨-纤维性通道。腕管内有拇长屈肌腱，食指、中指、无名指、小指的屈指深、浅肌腱和正中神经通过。正中神经最表浅，直接位于腕横韧带下方与其他肌腱之间。正中神经出腕管后分支支配除拇收肌以外的大鱼际诸肌，第 1、2 蚓状肌，及桡侧 3 个半手掌、指皮肤感觉。本病多发于 30～60 岁女性，任何影响正中神经在腕管内的必需空间的因素皆可成为病因，致神经内外膜血运受累、水肿、疼痛。包括桡骨远端骨折、局部血肿、脂肪瘤、腱鞘囊肿等。此外腕部长期过度使用也可致病。

【诊断要点】① 有腕关节劳作史，特别好发于理发师、电脑操作员、打字员、琴师等。② 常表现为腕部、拇指、食指、中指、无名指的靠拇指一侧烧灼刺痛、麻木，针刺时痛觉减退，而周围组织却毫无知觉。麻木和疼痛偶可向肘、肩部放射。疼痛常发生于夜间或清晨，同时可出现渐进性拇指活动笨拙，继而出现大鱼际肌萎缩。③ 患者自我检测：将双肘置于台面

上，双前臂与台面垂直，双腕关节自然下垂，持续 2 分钟出现食指、中指麻痛，应疑及本病。④ 肌电图检查：显示传导神经电脉冲速度减慢至 90～95 m/s，这是一确诊指标。

【鉴别诊断】主要与腕关节炎鉴别，可通过肌电图检查、抗“O”及血沉检查相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：适当休息、调整工作，及时综合治疗，争取恢复腕部功能。治疗方法的选择：原则上以保守治疗为主，对于腕管内占位性病变和腕关节感染者应及时进行手术治疗。

1. 一般治疗　早期，腕关节制动于中立位，以支具固定 3～4 周，可以缓解或消除症状。

2. 手术治疗　适用于腕骨内占位性病变或经保守治疗效果不佳者。

3. 药物治疗　对非肿瘤和化脓性炎症的病人，可用：

曲安奈德（醋酸确炎舒松）	25 mg	腕关节腔内注射
2%利多卡因	3～4 ml	每周 1 次　共 2～3 次

扶他林片	75 mg	口服	每日 1 次
维生素 B_6	50 mg	口服	每日 2 次
甲钴胺（弥可保）	500 μg	口服	每日 3 次

【注意事项】① 局部封闭治疗多次者，注意防止引起局部肌肉和神经变性。② 症状发作期间患手及患腕应制动，症状好转适当渐行功能锻炼，不能从事重力劳动与活动。本病的预防十分重要：① 劳作持物应使用整个手掌和全部手指。② 尽量使用工具代替被迫弯曲的腕部。③ 在进行电脑、钢琴、古筝、写字、绘画、绣花等操作时，应确保姿势正确，身体坐直，轻度倾斜靠在椅背上，调整椅位高度，保证腕部和手部伸直，保持手掌和腕部始终成直线。④ 保持肘关节弯曲，工作时应使用整个胳膊。⑤ 调整操作台，使其距离在 5 cm 左右，且位于视线下。⑥ 使用有扶手的椅子。⑦ 腕、手部交替运动时要放慢节奏。⑧ 每日定时抖动双手，幅度不宜太大。⑨ 使用腕部休息垫，每工作 1 小时应让手腕休息 5～10 分钟。⑩ 工作前要做一些简单的预备运动。

六、 肩关节周围炎

肩关节周围炎简称肩周炎，俗称凝肩、冻结肩、五十肩、粘连性肩关节炎。是肩关节周围肌性组织、肌腱、滑囊及关节囊的慢性损伤性炎症。因关节内外粘连，致肩关节活动时疼痛，功能活动障碍。本病好发于 40 岁以上人群，女多于男（约 3∶1），左肩多于右肩。其特征是肩部疼痛和肩关节活动障碍逐渐加剧，经数月甚至更长时间，疼痛逐渐消退，功能慢慢恢复，最后自愈，本病病因至今不清，一般认为与下列因素有关：① 有肩关

节以外的疾病，如冠心病、肺炎、胆囊炎等反射性引起肩部疼痛，使肩关节活动受限。② 因上肢骨折，颈椎病等使上肢活动障碍，肩周组织继发萎缩、粘连。③ 肩关节周围软组织的退变，如肩峰下滑囊炎、冈上肌腱炎、肱二头肌肌腱炎等。临床表现为慢性发病，多数无明显外伤史，疼痛活动障碍逐渐加剧，肩前区疼痛为主，可放射至肘、手及肩胛区，但无感觉障碍。有明显的夜间痛，肌萎缩。

【诊断要点】① 本病多见于50岁左右的中老年人，女性多于男性，左侧多于右侧。② 早期出现肩部某一部位疼痛，与动作、姿势有明显关系。以后疼痛加重，范围扩大，并涉及上臂，同时伴有肩关节活动受限。③ 体检见三角肌轻度萎缩，斜方肌痉挛，肩关节活动受限，其中以外展、上举、外旋、后伸明显；肩峰下、喙突、肱骨结节间沟等处压痛。④ X线可见肩部骨质疏松，无骨质破坏，冈上肌腱及肩峰下滑囊有钙化征。

【治疗要点】治疗原则：加强功能锻炼，强调综合治疗。

1. 一般治疗　使病人了解肩周炎的过程和转归，坚定战胜疾病的信心。疾病有其自然病程，一般在1年左右能自愈。但若不能配合治疗和功能锻炼，即使自愈也将遗留不同程度的功能障碍。无论病程长、短，症状轻、重，均应每日进行肩关节的主动活动，活动时以不引起剧痛为限。肩外因素所致肩周炎除局部治疗外，还需对原发病进行治疗。早期给予理疗、针灸、适度推拿按摩，可改善症状。

2. 对症治疗　适用于本病症状明显的病人。

(1) 本症疼痛，可用：

扶他林片　75 mg　口服　每日1次

警示：非甾体消炎药对消化道刺激症状为常见，有时会引起胃出血和穿孔，故均应饭后服用。

或　复方氯唑沙宗　2片　口服　每日3次

警示：非甾体消炎药会引起肝功能损害，故需注意肝功能变化，个别还可引起角膜混浊。

(2) 本症疼痛重者，可用：

曲安奈德(醋酸确炎舒松)	25 mg	疼痛点局封
2%利多卡因	3～4 ml	每周1次　共2～3次

警示：局部封闭治疗多次者少数可引起局部肌肉变性，需向病人介绍清楚。

【注意事项】① 对于经上述治疗后肩关节功能无明显改善的病人，可针对具体情况行手术治疗。② 应与颈椎病和肩部肿瘤相鉴别，中老年人的长时间进行性加重的肩痛者应考虑为肩部肿瘤。X线肩部摄片有助于鉴别诊断。③ 加强对本病的预防，中老年人避免肩部受凉、劳累，平时坚

持做广播体操，多做肩部放松运动，注意坐立行走姿势。④ 本病如能及时治疗，大部分病人可恢复肩部功能，如治疗不当，不坚持功能康复锻炼，也可能遗有不同程度的肩功能障碍后遗症。

七、 颈椎病

颈椎病是椎间盘退行变性后，椎体间松动，椎体缘产生骨赘或椎间盘破裂脱出等压迫神经根、脊髓或椎动脉而引起的各种症状和体征。其发病是在椎管狭窄基础上椎间盘发生退行性变性，劳损和畸形会加速这一进程，外伤和炎症是诱发因素。颈椎病分颈型（局部型）、神经根型、脊髓型、椎动脉型、混合型五种。

【诊断要点】

1．颈椎病的临床症状　① 当出现颈部疼痛、僵硬，肩部和手臂某个区域出现疼痛和麻木时，应考虑是否患了神经根型颈椎病。② 当经常有头昏、眩晕时，应想到是否患了椎动脉型颈椎病。③ 当出现颈部疼痛，伴有头痛、偏头痛、枕后痛，并常有异常出汗、心律失常、血压不稳等症状时，也要想到是否患了颈椎病。④ 当出现颈部疼痛，并有四肢麻木，运动障碍，甚至肢体瘫痪，除了要考虑神经系统疾病外，也不要忽视脊髓型颈椎病的可能性。⑤ 当出现吞咽食物有梗阻感时，要想到是否因颈椎前缘压迫食管所致。

2．颈椎病的检查内容　① 检查压痛点：如果压痛点在棘突间，说明颈椎病属于早期；如果颈部两侧有多处压痛，说明已到了中、晚期。② 旋颈试验：如果低头或仰头受到限制，多半是神经根型颈椎病。如果颈部旋转受到影响，则可能是椎动脉型颈椎病。

【治疗要点】治疗原则：① 保守治疗为主，经正规的保守治疗无效、病情反复发作或病情较重者再转上级医院进一步手术治疗。② 颈型（局部型）颈椎病只需保守治疗。

1．一般治疗　包括：① 牵引、理疗、按摩。② 中草药外敷。③ 颈围外固定。④ 避免与消除各种诱发因素，注意睡眠及工作体位，防止外伤、劳损及寒冷刺激。特别提醒：① 有一种旋转头颅的推扳手法，有损伤椎动脉的危险，可危及生命，应禁止。② 脊髓型不宜使用颈椎牵引。③ 手法治疗应轻柔，切忌粗暴。

2．药物治疗　以止痛、解痉、消除神经根水肿为主。

（1）止痛，可用：

	药物	剂量	用法	频次
	扶他林片	75 mg	口服	每日 1 次
或	酮洛芬	0.2 g	口服	每日 1 次
或	赛来昔布	0.2 g	口服	每日 1 次

或　复方氯唑沙宗　2片　口服　每日3次
或　地塞米松　0.75 mg　口服　每日3次

(2) 部分痛点局限者可采用局部封闭：

曲安奈德(醋酸确炎舒松)	50 mg	疼痛点局封,7～10日1次,3次为1个疗程,间隔2～4周可再用1个疗程,如无效则无需再用
2%利多卡因	1 ml	

(3) 消除神经根水肿,减轻疼痛,可用：

七叶皂苷钠	20 mg	
生理盐水	500 ml	静脉滴注　每日1次
20%甘露醇	250 ml	
地塞米松	5 mg	静脉滴注　每日2次

如上方使用4～5日仍无效,则需转上级医院进一步检查治疗。

【注意事项】① 颈椎病临床上常分为神经根型、脊髓型、椎动脉型,其中神经根型主要采用头部牵引治疗,而脊髓型一般不宜牵引,脊髓压迫症状明显时,可考虑手术治疗。手术适应证：A. 经系统的非手术治疗无效者;B. 神经根或脊髓压迫症状逐渐加重或反复发作影响患者的生活及工作者;C. 椎动脉型患者经常猝倒发作者。② 椎动脉型易与梅尼埃病混淆,需注意鉴别,X线颈椎及MRI检查可帮助鉴别。③ 本病如治疗及时一般均可恢复,但如不注意及时防治,可严重影响生活质量,症状严重者应及时请专科医师诊治。

八、 腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症又称腰椎间盘纤维环破裂症或髓核突出症(或脱出)。根据范围的大小及程度不同而称为膨出,是最常见的腰腿痛疾患之一。本病的发生系椎间盘的退变老化所致。25岁左右时椎间盘即开始退变,其弹性和负荷能力减退,椎间盘反复承受挤压、屈曲、旋转等负荷,因外力作用而致纤维环破裂,髓核突出。老年人可因椎间盘退变,整个纤维环变得软弱松弛而向周围膨出。

【诊断要点】① 有腰部外伤史,常见于男性,以20～40岁为多。② 常出现腰、骶、臀部疼痛伴下肢放射性酸、麻、胀痛,咳嗽、负重、用力排便、弯腰均可使疼痛加重。因突出的程度和部位不同而表现出的症状亦各不相同。以上症状可同时出现,亦有部分出现,疼痛可根据体位的改变而不同,有间歇性,亦有持续性疼痛。病程长者,患肢可产生麻痹、乏力、肢体发冷、肌肉萎缩等。③ 腰椎变形、压痛、活动受限、感觉异常、运动障碍及肌肉萎缩等。④ 分型：A. 根据突出部位的不同分型：单侧型、双侧型、中央型;B. 根据突出程度的不同分型：隐藏型、突出型、破裂型。⑤ 肌

电图检查、X线检查、脊髓造影、CT或磁共振成像检查等有助于诊断。

【鉴别诊断】① 急性腰扭伤：损伤部位疼痛，常有压痛，浅部或深度封闭后症状消失或缓解，影像学检查有助于鉴别。② 腰椎管狭窄症：多表现为明显的间歇性，自诉症状重，查体常无明显阳性改变。

【治疗要点】治疗原则：以保守治疗为主，必要时考虑手术治疗。

1. 一般治疗　包括：绝对卧床休息；持续牵引；理疗、推拿按摩；糖皮质激素硬膜外注射；髓核化学溶解法等。

2. 手术治疗适应证　① 病程大于半年，正规保守治疗6周以上无效。② 因疼痛难以入眠，被迫处于屈髋、屈膝侧卧位，是指跪位。③ 出现单根神经麻痹或马尾麻痹，出现直肠、膀胱症状。④ 中年病人，病史较长，影响工作或生活者。⑤ 全椎间盘退变或有较大突出者。

3. 药物治疗

(1) 以止痛、解痉、消除神经根水肿为主，可用：

	扶他林片	75 mg	口服	每日1次
或	酮洛芬	0.2 g	口服	每日1次
或	赛来昔布	0.2 g	口服	每日1次
或	复方氯唑沙宗	2片	口服	每日3次
	地塞米松	0.75 mg	口服	每日3次

(2) 局部封闭：

醋酸泼尼松龙	1.7 ml	局部痛点注射，7～10日1次，3次为1个疗程，间隔2～4周可再用1个疗程，如无效则无需再用。
2%利多卡因	4 ml	

消除神经根水肿，减轻疼痛之处理可参照颈椎病

【注意事项】① 本病症状严重经保守治疗无效可考虑手术治疗，有时手术不能达到治疗目的，应在术前加强医患沟通，以减少医疗纠纷。② 本病如治疗不当，常可引起下肢功能障碍，应密切观察病情变化，并及时向病人说明，对严重病例要求病人绝对卧床休息，以配合治疗。

九、腰椎管狭窄症

腰椎管狭窄症指因骨性或纤维性增生、移位导致一个或多个平面管腔狭窄，压迫马尾或神经根而产生临床症状者。多见于40岁以上的中老年患者，起病缓慢，常先有慢性下腰部、臀部及大腿后部的疼痛史，有的可长达10余年。

【诊断要点】① 间歇性跛行，步行数十米或数百米即产生腰腿痛，休息或下蹲后症状立即消失或减轻，继续步行，再次出现上述症状。② 下腰痛伴有单、双侧臂部、大腿胀痛，下蹲或平睡后症状消失，骑自行车不受

影响。③ 脊椎前弯时症状减轻。④ 神经体征少，腰椎后伸受限，少数病人下肢轻度肌肉萎缩，单纯狭窄少有其他阳性症状。⑤ X线片见椎板增厚，密度大，椎板上、下增宽，椎板间隙变小，关节突增生肥大内聚，椎管横径小于 20 mm，前后径小于 12 mm，椎管与椎体的比例小于 1∶4.5 时考虑椎管狭窄；CT/MRI 能显示椎管矢状径，椎管的大小及形态，棘间韧带及小关节增生与硬脊膜囊横切面受压情况。⑥ B超检查椎管矢状径小于 9 mm，可诊为椎管狭窄。

【鉴别诊断】主要与腰椎间盘突出症鉴别，腰椎间盘突出症：① 起病急。② 有明显外伤史。③ 单个神经根受压。④ 两病常同时存在。

【治疗要点】治疗原则：腰椎管狭窄症的治疗以手术为主，非手术治疗适于症状较轻、对工作生活影响不重者。

1. 一般治疗　包括卧床休息、骨盆牵引、按摩理疗、腰背肌功能锻炼、腰围保护等。

2. 手术治疗　适用于症状较重的本症患者及同时患有腰椎间盘突出的患者。

3. 药物治疗　以止痛、解痉、消除神经根水肿为主。减轻本病疼痛，可用：

	扶他林片	75 mg	口服	每日 1 次
或	酮洛芬	0.2 g	口服	每日 1 次
或	赛来昔布	0.2 g	口服	每日 1 次
或	复方氯唑沙宗	2 片	口服	每日 3 次
	地塞米松	0.75 mg	口服	每日 3 次

消除神经根水肿，减轻疼痛参照颈椎病之处理。

【注意事项】① 本病初起觉下背及腰部痛，有时影响臀部及大腿，可逐渐延及小腿外侧。继后发展为间歇性跛行，可分为：A. 位置性跛行：患者行走一段时间或长时间站立不动感到下肢疼痛，不能行走，需蹲下，身体前屈，片刻疼痛消失，可继续行走；B. 缺血性跛行：当行走或下肢活动时，患者感觉小腿前外侧肌群痉挛性疼痛，停止行走或下肢不再活动，疼痛可消失。② 一般不宜做腰背推拿，尤其不可做重力推拿；护腰也不可长期使用，一旦症状改善即弃用。③ 本病以手术治疗为主，而腰椎间盘突出症多以保守治疗为主，故对慢性腰痛病人，需明确诊断，对同时存在以上两种疾病者，应考虑手术治疗。④ 本病应加强防治，学会自我保护与康复训练。

（金晓晨　许振南）

第五章

常见妇产科疾病

第一节　常见产科疾病

一、流产

流产是指妊娠在28周前中止，胎儿体重在1 000 g以下者。妊娠小于12周者为早期流产，妊娠在12～28周者为晚期流产，自然流产连续发生3次以上者，称为反复性自然流产（即习惯性流产）。根据流产的进展，可分为先兆、难免、不全、完全及过期（稽留）流产。根据同时有无并发宫腔感染，可分为感染与非感染性流产。临床上分先兆流产、难免流产、不全流产、稽留流产、反复性自然流产及感染性流产。

【诊断要点】① 有停经史、反复流产史、早孕反应史等。② 有典型的临床表现，如停经后有少量阴道流血，有下腹隐痛或阵痛，子宫大小与停经时间相符或不相符，有妊娠产物堵塞于子宫口。③ 血、尿HCG阳性。④ B超检查能帮助明确诊断。

【鉴别诊断】如表5-1-1。

表5-1-1　各种类型流产的鉴别诊断

类　型	出血量	下腹痛	组织排出	宫颈口	妇科检查
先兆流产	少	无或轻	无	闭	与妊娠时间相符
难免流产	中、多	加剧	无	扩张	相符或略小
不全流产	少、多	减轻	部分排出	闭或扩张或有物堵塞	小于妊娠周数
完全流产	少、无	无	全排出	闭	正常或略大

【治疗要点】治疗原则：确诊流产后，应根据自然流产的不同类型进行相应处理。

1. 一般治疗　① 先兆流产应卧床休息，禁止性生活。② 难免流产一旦确诊，应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出。

2. 药物治疗

(1) 黄体功能不足引起流产者：黄体酮　20 mg　肌内注射　每日 1 次　连用 5～7 日

(2) 一般先兆流产：维生素 E　100 g　口服　每日 1 次或每日 2 次　连服 5～7 日

(3) 孕妇情绪较为紧张者可用：地西泮(安定)　2.5 mg　口服　每日 1 次　连用 3～5 日

(4) 难免流产或不全流产者，促使胎儿或胎盘组织排出，加强宫缩防止出血，可用：

缩宫素(催产素)	10～20 U	静脉滴注　立即
5%葡萄糖注射液	500 ml	

感染性流产可适当选用抗生素。

【注意事项】① 先兆流产经治疗 2 周，症状不见缓解或反而加重者，提示可能为胚胎发育异常，进行 B 超检查及 β - HCG 测定，明确胚胎发育情况，给予相应处理，包括终止妊娠。② 难免流产及不全流产为早期妊娠者，应进行负压吸宫术及清宫术。晚期妊娠者应使用子宫收缩剂(缩宫素)促使胎儿和胎盘组织排出。③ 习惯性流产是指自然流产连续发生 3 次或 3 次以上者，需认真检查其原因，按可能的原因采取相应的防治措施。一般早期习惯性流产常为染色体异常或内分泌功能不足，晚期常见原因为宫颈口松弛，子宫畸形及子宫肌瘤。

二、 异位妊娠

受精卵在子宫体腔以外着床称异位妊娠，习称宫外孕。异位妊娠依受精卵在子宫体腔外种植部位不同而分为：输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠、宫颈妊娠。异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一，发病率为 1/100，是孕产妇的主要死亡原因之一，其中输卵管妊娠为最常见，占妊娠的 95%。

【诊断要点】输卵管妊娠诊断要点：① 停经：多有 6～8 周停经史。② 腹痛：常表现为一侧下腹部隐痛或酸胀感，一旦流产或破裂，病人突感一侧下腹部撕裂样疼痛，常伴有恶心、呕吐、肛门坠胀感及肩胛部放射性痛。③ 阴道流血：不规则阴道流血，呈点滴状，少数病人阴道流血类似月经，可并有蜕膜管型或蜕膜碎片排出。④ 晕厥与休克：其严重程度与阴道流血量不成正比。⑤ 腹部包块。

辅助检查：① HCG 测定：异位妊娠的阳性率可达 80%～100%，但仍有少部分阴性。② B超检查：子宫虽增大但宫腔内空虚，宫旁出现低回声，该区若查到胚芽及原始胎心搏动可确诊。③ 阴道后穹穿刺：有内出

血可抽出暗红色不凝固血液。④ 腹腔镜检查：适用于异位妊娠尚未破裂或流产早期的病人。⑤ 子宫内膜病理检查：现已少用，仅用于因出血多排除宫内妊娠流产者。

【鉴别诊断】注意与流产、急性输卵管炎、急性阑尾炎、黄体破裂及卵巢囊蒂扭转等鉴别。常通过B超、HCG检查鉴别。

【治疗要点】治疗原则：明确诊断，及时处理，并做好抢救准备。

1. 一般治疗　一旦确诊，应备血，内出血较多者，应立即输血、输液，做好术前准备。

2. 手术治疗　异位妊娠以手术治疗为主，手术可经腹或腹腔镜下进行。

3. 药物治疗　为非手术治疗，主要适用于早期未破裂型的异位妊娠，要求保存生育能力的年轻病人，并符合以下条件：① 输卵管妊娠包块直径<3 cm。② 输卵管妊娠未发生破裂或流产。③ 无明显内出血。④ 血HCG<2 000 U/L。

早期未破裂型的异位妊娠，可用：

甲氨蝶呤　20 mg　肌内注射　每日1次　共5日
或　米非司酮　50 mg　口服　每日2次　共3日
或　甲氨蝶呤　50 mg　B超引导下穿刺，一次性注入妊娠的输卵管内

警示：过敏体质，严重心、肝、肾疾病，肾上腺皮质功能不全，青光眼，哮喘病人禁用。

【注意事项】① 异位妊娠分输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠及宫颈妊娠等，近些年呈上升趋势，必须引起有关方面的高度重视。② 早期未破裂的异位妊娠，在使用药物治疗时，应在有抢救和手术条件的二级以上医院进行；因治疗过程中随时有可能发生破裂引起失血休克。故在药物治疗过程中要密切观察病情变化，做好输血、输液及手术前的准备工作。③ 加强医患沟通，尤其交通不便，转院有困难时，更应在请求上级医院支援的情况下，求得患方的配合，以减少医患纠纷。

三、妊娠高血压疾病

妊娠高血压疾病(过去称妊高征)是妊娠期特有的疾病。本病命名强调生育年龄妇女发生高血压、蛋白尿等症状与妊娠之间的因果关系。多数病例在妊娠期出现一过性高血压、蛋白尿等症状，在分娩后即随之消失。

病人有本病的高危因素如初产妇、孕妇年龄小于18岁或者大于40岁，多胎妊娠及妊娠合并症等。妊娠期高血压：血压≥140/90 mmHg，妊娠期首次出现，并于产后12周恢复正常，尿蛋白(阴性)；病人可并有上腹

部不适或血小板减少。

【诊断要点】

1. 病史　有孕前及妊娠20周前无高血压、蛋白尿、水肿及抽搐等症状，既往无高血压、慢性肾炎及糖尿病等病史，或其母曾有患妊娠期高血压的病史。

2. 临床表现根据病史、症状和体征的严重程度，可分为三类：① 轻度：血压≥140/90 mmHg，<150/100 mmHg，可伴有轻微蛋白尿或轻度水肿。② 中度：血压≥150/100 mmHg，<160/110 mmHg，蛋白尿（+）或24小时蛋白定量≥0.5 g，可有水肿。③ 重度：血压≥160/110 mmHg，蛋白尿（2+～3+）或24小时蛋白定量≥5 g和（或）水肿。A. 先兆子痫：上述征候伴有头痛、眼花、胸闷等自觉症状。B. 子痫；在先兆子痫基础上有抽搐或昏迷。

3. 相关检查　① 血液检查：测定血红蛋白、红细胞比积、血浆黏度、全血黏度以了解血液浓缩程度，测纤维蛋白原、凝血酶原时间、凝血时间、血小板计数以了解凝血功能，测丙氨基酸氨基转移酶、尿素氮、肌酐、尿酸等，以了解肝肾功能。② 尿液检查：查尿蛋白、尿比重，并作24小时蛋白定量。③ 眼底检查：重度眼底小动脉痉挛，动静脉比值由2∶3变为1∶2或1∶4，或出血视网膜水肿、渗血、出血，甚至脱离、一时性失明。④ 其他检查：如心电图，超声心动图，胎盘功能，脑血流图检查等，必要时行头颅CT、磁共振成像，可视病情而定。

【鉴别诊断】① 慢性肾炎：在孕前有肾炎病史，妊娠后在孕早、中期就出现蛋白尿、水肿、孕后期血压升高，蛋白尿增加，眼底检查有助于鉴别，慢性肾炎者常有明显的眼底改变。② 糖尿病：在孕前已有糖尿病史，妊娠20周后，有血压升高、水肿和蛋白尿，实验室检查和眼底改变可确诊。③ 系统化红斑狼疮：在孕前已有SLE病史，妊娠20周后有并发妊娠高血压的临床表现，免疫指标阳性，血清补体降低，可找到狼疮细胞。④ 附加性先兆子痫：孕前或孕20周前有高血压史，孕后期血压突然升高，并出现蛋白尿、水肿。

【治疗要点】治疗原则：密切观察病情变化，及时采取有效的治疗措施。

1. 一般治疗　轻度在家休息，保证充足睡眠。采取左侧卧位，改善子宫胎盘循环，摄入足够的蛋白质、新鲜蔬菜、水果，应避免进过多的食盐。对中度，一经确诊，应住院治疗，保持安静，避免各种刺激，每4小时测血压1次，随时观察病情变化。重度者应每日计液体出入量，每日测尿蛋白。

2. 药物治疗

（1）镇静、催眠，可用：

苯巴比妥　30 mg　口服　每日 3 次

或　地西泮(安定)　2.5 mg　口服　每日 3 次

(2) 解痉、预防及控制子痫发作，可用：

25%硫酸镁　20 ml
25%葡萄糖注射液　20 ml　首次应用　缓慢静脉注射　不少于 10 分钟

或　25%硫酸镁　20 ml
2%利多卡因　2 ml　肌内注射　臀肌深部注射

或　25%硫酸镁　60～80 ml
10%葡萄糖注射液　1 000 ml　静脉滴注　滴速不超过 2 g/h　每日 1 次

(3) 控制子痫发作，可用：

10%葡萄糖注射液　500 ml
哌替啶　100 mg
氯丙嗪　50 mg
异丙嗪　50 mg　静脉滴注　立即

警示：静脉滴注期间速度不宜太快，要注意血压的变化。

(4) 降压：降压药物仅适用于血压过高，舒张压≥100 mmHg 或平均动脉压≥140 mmHg 者。可选用下列药物中的 1～2 种：

1) 肼曲嗪　10～20 mg　口服　每日 2～3 次

或　肼曲嗪　40 mg
5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日 1 次

2) 卡托普利　12.5～25 mg　口服　每日 3 次

3) 硝苯地平　10 mg　口服　每日 4 次

4) 甲硝多巴　250～500 mg　口服　每日 3 次

或　甲硝多巴　250～500 mg
10%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日 1 次

5) 拉贝洛尔　100 mg　口服　每日 2 次

或　拉贝洛尔　50 mg
5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　立即

【注意事项】① 在使用降压药的过程中，要密切观察血压的变化，降压不宜过快。② 经药物治疗后血压稳定，估计胎儿不能成活的情况下应及时终止妊娠，子痫控制后 6～12 小时之内应及时终止妊娠。③ 本病可并发心肌病、胎盘早剥、肺水肿、凝血功能障碍、脑出血、急性肾衰竭等并发症，应引起高度重视。④ 在临床过程中，由于子宫收缩血管痉挛而引起胎盘供血不足，胎盘功能减退。易造成胎儿宫内窘迫，胎儿宫内发育迟缓、死胎死产，应引起重视。⑤ 不宜选用利尿剂、ACEI、ARB 降压。

终止妊娠指征：① 先兆子痫孕妇经积极治疗 24～48 小时无明显好

转者。② 先兆子痫孕妇胎龄>36周经治疗好转者。③ 先兆子痫孕妇胎龄<36周，但胎盘功能减退，胎儿成熟度检查提示胎儿成熟者。④ 子痫控制抽搐后6～12小时的孕妇。

剖宫产指征：① 宫颈条件不成熟，不能在短期经阴道分娩者。② 引产失败者。③ 胎盘功能明显减退或有胎儿宫内窘迫表现者。

四、产后出血

产后出血是指胎儿娩出后24小时内阴道流血量>500 ml者。产后出血的发病率占分娩总数的2%～3%，是分娩期严重的并发症，为产妇四大死亡原因的首位因素，约占孕产妇死亡总数的45%。出血包括胎儿娩出后至胎盘娩出前，胎盘娩出至产后2小时内以及产后2小时内至产后24小时内三个时期。产后24小时后阴道大量流血者称晚期产后出血。产后出血常分为子宫收缩不良出血、胎盘滞留及淤血内阻出血及产道损伤出血。产后出血的原因依次为子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道裂伤及凝血功能障碍。

【诊断要点】① 有子宫收缩无力及产道损伤、子宫内翻、胎盘因素及凝血机制障碍等病史。② 胎儿娩出后24小时内阴道流血>500 ml者。③ 有头晕、脸色苍白、低血压、脉搏快而细弱、失血性休克的临床表现。

【鉴别诊断】① 前置胎盘：本病常发生在妊娠后期，其中边缘性前置胎盘初次出血常在孕37周后，表现为无诱因的无痛性阴道出血，反复发作，量时多时少，B超可确诊。② 胎盘胎膜残留：本病多发生在产后10日内，表现为血性恶露时间延长，反复阴道出血，量较多，子宫复旧差，阴道检查见宫口开大，可探到组织，病理检查可进一步确定性质。

【治疗要点】治疗原则：针对发生产后出血的原因，迅速止血。补充血容量，纠正休克及防治感染。

1. 一般治疗　氧气吸入、输液输血，在冬季气温较低的情况下应注意保暖。

2. 药物治疗　子宫收缩不良引起的产后出血，可直接按摩子宫止血，适当使用宫缩剂：

缩宫素　10 U　肌内注射或宫体直接注射

或　缩宫素　10～20 U
　　5%葡萄糖注射液　500 ml　｜静脉滴注　立即

或　麦角新碱　0.2 mg　宫颈或宫体注射

　　前列腺素　500～100 μg　肌内注射或宫体注射

或　米索前列醇　0.2 mg　舌下含服或置于阴道后穹

警示：在静脉滴入缩宫素时不能突然终止，要保持维持量，以利于子

宫收缩。如仍不能止血，可纱布填塞宫腔，必要时手术治疗。

【注意事项】① 产后出血为产妇死亡的四大原因之首，必须及时、准确地处理。产后出血计量必须准确，常用以下方法计量：A. 容积法，用带有刻度的量具测定；B. 面积法，按血染面积计算，如为 10 cm×10 cm 时为 5 ml、15 cm×15 cm 时为 10 ml；C. 称重法，称出使用前后使用的纱布、卫生巾等的重量，计算重量差，再按血液比重(1.05)换算出实际失血量。② 产后出血是分娩期严重的并发症，一旦发生要及时查清出血的原因，采取针对性治疗手段，才能有效。常见的并发症有：失血性休克、急性肾衰竭、DIC、产褥感染等。由于本病死亡率高，因而应加强医患沟通，在积极治疗的同时，医生应耐心、详细交代病情，避免医疗纠纷。③ 纱布填塞宫腔必须从宫底开始，不能留有空隙，否则，可引起宫腔积血，影响子宫收缩，并造成假象。④ 米索前列醇过敏患者禁用，心血管疾病者慎用。

五、 产褥感染

产褥感染是指分娩和产褥期生殖道受病原体侵袭而引起局部或全身的感染。产褥感染是常见的产褥期并发症，其发病率为 6%左右。至今产褥感染对于产妇仍构成严重威胁，为产妇四大死亡原因之一。

【诊断要点】① 有产前生殖道炎症、临产前性生活、胎膜早破、孕妇自身感染等病史。② 分娩期或产褥期发热、畏寒、血象升高，会阴伤口或宫颈口内流出脓性分泌物，局部有触痛，附件增厚压痛。从外阴到盆腔均可发生炎症，甚至可引起脓毒血症或败血症。③ 妇科检查可见会阴伤口红肿或子宫旁有边界不清的肿块，肿块有压痛。④ 伤口或宫内分泌物或血培养阳性。⑤ 白细胞计数升高，中性增多。⑥ B超检查可发现炎性包块。

【鉴别诊断】主要与败血症鉴别，本病常可引发败血症。

【治疗要点】治疗原则：迅速有效地控制感染。

1. 一般治疗　加强营养，增加全身抵抗力，纠正水、电解质平衡失调。清除宫腔残留物，脓肿切开引流，取半卧位以利引流。

2. 药物治疗　应用有效抗菌药治疗。

(1) 病情较轻者，选用下列抗菌药物口服：

头孢氨苄　0.375 g　口服　每日 3 次　共 3～5 日

或　罗红霉素　0.15 g　口服　每日 2 次　共 3～5 日

甲硝唑　0.2 g　口服　每日 3 次　共 7 日

(2) 病情较重或者口服效果不佳者需要经静脉用药：

药物	剂量	用法
头孢唑林	3.0 g	(皮试阴性)
5%葡萄糖注射液	250 ml	静脉滴注　每日 2 次　连用 4～7 日

或　甲硝唑　1.0 g
　　5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每日1次　连用4～7日

(3) 重症或上述治疗效果不明显时，可酌情选用下列药物：

　　克林霉素　0.6 g
　　5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每8小时1次

或　头孢西丁　2.0 g　(皮试阴性)
　　5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每6小时1次

或　头孢替坦　2.0 g　(皮试阴性)
　　5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每6小时1次

或　头孢曲松　2.0 g　(皮试阴性)
　　5%葡萄糖注射液　500 ml　静脉滴注　每日1次

【注意事项】① 注意产褥期卫生，预防产褥期感染。临产前注意避免胎膜早破，避免滞产，避免产道损伤，产后出血。接产中严格无菌操作，正确掌握手术指征，产后严密观察，可疑感染及早使用抗生素。② 有条件时应根据药敏选用抗菌药。③ 积极处理，切莫延误，以免引起严重并发症，同时应加强医患沟通，讲清病情，以减少医疗纠纷。

第二节　常见妇科疾病

一、前庭大腺炎

前庭大腺位于两侧大阴唇下方，腺管开口于小阴唇内侧附近处女膜处。外阴的葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌等病原体易于侵入而引起的发炎，称前庭大腺炎。急性期前庭大腺混合感染并积脓，因腺管口肿胀或渗出物凝聚而阻塞，脓液不能外流称前庭大腺脓肿。如未经治疗急性炎症消退后，脓流吸收也可形成前庭大腺囊肿，可反复急性发作或破溃排脓。

【诊断要点】① 有不洁性交、分娩及外阴污染史。② 育龄妇女阴道外口局部红、肿、热、痛，伴发热、白细胞计数升高等临床表现。③ 妇科检查发现大阴唇之一侧下 1/3 有红肿硬块，压痛明显，小阴唇展平，阴道口被挤向健侧。形成脓肿时疼痛加剧，肿块增大如鸡蛋大小，皮肤及黏膜隆起潮红，有触痛及波动感。④ 前庭大腺脓肿继续增大，表面皮肤变薄则自行溃破。排脓后症状明显减轻，瘘孔破口，脓液继续外流。如瘘孔闭锁，可再度形成脓液潴留而再次复发。

【鉴别诊断】① 大阴唇腹股沟斜疝：斜疝与腹股沟相连，挤压后可复位，包块消失。向下屏气肿块胀大，质地较软，界线也十分清楚，不发热。

② 中肾管囊肿：一般体积较小，表浅，不易发生感染，切除后经病理学检查可确诊。

【治疗要点】治疗原则：控制感染，必要时手术切开。

1. 一般治疗　休息，注意外阴清洁、干燥，经常更换内裤，避免局部摩擦。

2. 手术治疗　经保守治疗无效，将脓肿切开引流，同时作前庭大腺造口术，若无条件也可穿刺抽脓，并注入青霉素 20 万～40 万 U(皮试阴性)。对前庭大腺囊肿的治疗，现多进行造口术，CO_2 激光囊肿造口术效果较好，术中无出血，不需缝合。对于囊肿反复感染者可行囊肿切除术。

3. 药物治疗　根据病原体选择抗菌药口服，并可选用一种外用药局部消炎。

甲硝唑　400 mg　口服　每日 3 次
头孢氨苄　500 mg　口服　每日 3 次
或　罗红霉素　150 mg　口服　每日 2 次
或　克林霉素　300 mg　口服　每日 3 次

【注意事项】① 前庭大腺炎病人如果反复发作，要检测尿糖、血糖，如合并糖尿病，应予控制糖尿病。② 脓肿形成后应立即引流并作造口术，局部热敷或坐浴，并根据病情适当选用抗生素。③ 急性期必须彻底治疗，以减少或避免形成前庭囊肿。④ 注意外阴卫生。

二、 阴道炎

阴道炎是指由于多种原因使致病微生物侵入阴道引起的阴道炎症，它并非是一种特异性疾病，而是多种特异性和非特异性炎症的总称。由白色念珠菌引起的称真菌性阴道炎；由阴道滴虫引起的称滴虫性阴道炎；由加德纳尔菌、混合性厌氧菌及支原体引起的称细菌性阴道炎，亦称细菌性阴道病。

【诊断要点】① 有服用大量雌激素或长期应用抗生素的病史。② 有白带增多，白带呈黄色、黄绿色、脓性或豆渣样，稀薄或血性分泌物，有腥臭味。外阴、阴道瘙痒及烧灼感，伴尿频、尿痛、性交痛或性交困难。小阴唇黏膜及阴道黏膜充血、红肿、糜烂，并有触痛。老年性阴道炎黏膜上皮变薄，呈点状或片状出血，弹性消失。幼年性阴道炎见外阴红肿，流出脓性分泌物，前庭黏膜充血。③ 直接镜检发现滴虫、芽孢、菌丝、线索细胞，涂片染色对诊断真菌性阴道炎阳性率达 80%；氨臭味试验对诊断细菌性阴道炎有价值。

（一）滴虫性阴道炎

滴虫性阴道炎由阴道毛滴虫引起，滴虫能消耗阴道上皮细胞内的糖

原，阻碍乳酸的形成，有利于其他病菌的生长。滴虫不仅寄生于阴道，还常侵入尿道，甚至膀胱。临床主要表现为白带增多，外阴瘙痒。

【诊断要点】① 有不洁性交史，或使用过公共坐便器，或游泳池等。② 临床主要表现为阴道分泌物增多，外阴瘙痒，或有灼热，疼痛，性交痛等，伴有尿道感染时，可有尿频、尿痛，甚至血尿。③ 分泌物为黄白色稀薄液体，呈泡沫状，若合并细菌感染可有腥臭味，涂片检查可找到滴虫，必须作培养。④ 检查内阴道黏膜充血，带有散在红色斑点或草莓状突起，后穹隆有大量液体或脓性泡沫状分泌物。

【鉴别诊断】见表 5－2－1。

表 5－2－1 四种常见阴道炎的鉴别诊断

	滴虫性	真菌性	老年性	细菌性
发病年龄	任何年龄	青、中年	老年、绝经后	任何年龄
病史	不洁性交或使用公共坐便器	妊娠、糖尿病或使用广谱抗生素	绝经	使用广谱抗生素
瘙痒	明显	明显	较轻	较轻
阴道分泌物	稀薄脓性	厚稠	稀薄	稀薄
	黄绿色	白色	淡黄色或血色	灰白色
	泡沫状	凝乳或豆腐渣样		
	有臭味	稍臭	稍臭	鱼腥臭
	可找见滴虫	可查到白色假丝酵母菌	(—)	胺臭试验阳性

【治疗要点】治疗原则：抗滴虫。

1. 一般治疗　做好个人卫生，避免交叉感染，内裤、洗涤用品经常曝晒。

2. 药物治疗　主要是抗滴虫治疗。

(1) 局部用药：

甲硝唑阴道栓剂　200 mg　塞入阴道　每晚 1 次　连续 7 日为 1 疗程

或　阴康宁　200 mg　塞入阴道　每晚 1 次　连续 7～10 日为 1 疗程

(2) 全身用药：

甲硝唑　200 mg　口服　每日 3 次　连服 7 日

或　替硝唑　2 g　顿服

或　麦咪诺　200 mg　口服　每日 3 次　7 日为 1 疗程，孕妇禁忌

【注意事项】① 本病常于月经后复发，治疗后检查滴虫为阴性时，仍应每次月经后复查白带，3 次阴性方为治愈。② 男性亦可感染滴虫，可引起无症状或引起尿道炎、前列腺炎、附睾炎等。③ 性伴不论有无滴虫感染，均应口服甲硝唑片 200 mg，每日 3 次，连服 7 日。④ 服用甲硝唑后，偶见头痛、皮疹、白细胞减少，一旦发现应停药。用药期间及用药后 24 小时不宜哺乳。⑤ 阴道用药前先用 1%乳酸液或 0.1%～0.5%醋酸液擦洗阴道可提高疗效。

（二）真菌性阴道炎

真菌性阴道炎 80%～90%的病原体为白色念珠菌。孕妇、糖尿病病人，长期应用抗生素与免疫抵制剂者易患此病。

【诊断要点】① 有妊娠、糖尿病、大剂量应用免疫抵制剂及广谱抗生素病史。② 临床主要表现为外阴痛痒、灼痛，可伴尿频、尿急及性交痛。③ 若为外阴炎则外阴可见红斑、水肿。④ 若为阴道炎，可见阴道黏膜水肿、红斑、小阴唇内侧及阴道黏膜附有白色块状物，急性期可能见到糜烂及浅表溃疡。⑤ 分泌物可找到白色念珠菌（亦称白色假丝酵母菌）。

【鉴别诊断】参见滴虫性阴道炎，见表 5-2-1。

【治疗要点】治疗原则：抗白色念珠菌。

1. 一般治疗　消除诱因，及时停用抗生素、雌激素。用过的毛巾、内裤应用开水烫洗。

2. 药物治疗　主要是抗真菌治疗。

（1）局部用抗真菌药：

制霉菌素栓剂　20 万单位　塞阴道　每日 1 次　连用 5～7 日

或　达克宁栓（咪康唑栓）　200 mg　塞阴道　每日 1 次　连用 7 日

（2）全身用药：如局部用药效果差或疾病顽固者可选用下列药物：

伊曲康唑　200 mg　口服　每日 1 次　共 3～5 日

或　氟康唑　150 mg　一次顿服

或　酮康唑　200～400 mg　口服　每日 1 次　共 5 日

警示：上述三种抗真菌药物均有消化道反应，少数患者可有肝损伤，孕妇禁用。

【注意事项】① 本病发病率仅次于滴虫性阴道炎，但应注意有 10%～20%正常妇女阴道中可存有少量白色念珠菌，并不引起症状，但严重传染病后及复合维生素 B 缺乏有利于此菌生长。② 妊娠期或哺乳期可用凯妮汀 1 粒，塞阴道。③ 配偶有生殖器真菌感染者应同时治疗。④ 顽固性念珠菌阴道炎以全身用药为主，必要时加大抗真菌药物的剂量，延长疗程。

（三）老年性阴道炎

老年性阴道炎常见于绝经后的老年妇女，因卵巢功能衰退，雌激素水平降低，阴道萎缩，黏膜变薄，上皮细胞内糖原含量减少，阴道 pH 值增高，局部抵抗力减弱，致病菌容易入侵繁殖而引起炎症。

【诊断要点】① 多发生于自然绝经的妇女。② 主要表现为外阴瘙痒、灼热，阴道分泌物增多，呈黄水样，有臭味。③ 阴道黏膜呈老年性改变，甚至可形成粘连或狭窄。

【鉴别诊断】参见滴虫性阴道炎，见表 5-2-1。

【治疗要点】治疗原则：提高局部雌激素水平，改善阴道酸性环境。

1. 一般治疗　加强锻炼，增强全身和局部抵抗力。

2. 药物治疗

（1）用于改变阴道酸碱度：

0.1%～1%乳酸溶液　擦洗阴道　每日 1 次　连用 7 日

定君生（活的乳酸杆菌）　1 粒　塞入阴道　每晚 1 次　连用 7 日

（2）用于阴道局部消炎：

甲硝唑阴道栓剂　0.2 g　塞入阴道　每晚 1 次　连用 7 日

或　1∶5 000 PP 水或洁尔阴液冲洗阴道　每晚 1 次　冲洗后塞入已烯雌酚片剂或栓剂　0.25～0.5 mg　连用 7～10 日

（3）提高阴道局部雌激素水平：

倍美力软膏　局部涂擦　每日 2 次

【注意事项】① 少数病人由于雌激素效力可引起少量阴道出血。乳腺癌或子宫内膜癌病人禁用雌激素。② 乳酸溶液浓度不能超过 1%，否则会引起阴道黏膜烧伤。

（四）细菌性阴道炎

细菌性阴道炎是指阴道内有大量不同的细菌而临床及病理特征无炎症改变的非特有性阴道炎。本病实际上是正常寄生于阴道内的菌群失调，阴道内乳酸杆菌减少，而其他细菌大量繁殖，以厌氧菌居多。

【诊断要点】① 匀质、稀、白色阴道分泌物，常附着于阴道壁。② 阴道 pH>4.5。③ 胺臭试验阳性，取分泌物少许放在玻片上，加入 10%氢氧化钾 1～2 滴，产生一种烂鱼肉样腥臭气味。④ 线索细胞阳性。以上 4 项有 3 项阳性即可诊断。

【鉴别诊断】见表 5-2-1。

【治疗要点】治疗原则：调整阴道内环境，使阴道内菌种达到平衡。

1. 一般治疗　注意局部卫生，平时尽量不要冲洗阴道，以免引起菌群失调。

2. 药物治疗　局部用药，抗感染，改善阴道酸碱环境。

(1) 阴道用药：选用下列制剂之一。

定君生阴道栓剂　1粒　塞入阴道深部　每日1次　连用7日

或　甲硝唑阴道栓剂　400 mg　塞入阴道深部　每日1次　连用7日

或　克林霉素软膏涂阴道　每次5 g　每晚1次　连用7日

(2) 全身用药：局部用药效果不佳者，可选用下列制剂之一。

或　甲硝唑　400 mg　每日3次　连服7日

或　克林霉素　300 mg　每日2次　连服7日

(3) 用于改变局部酸碱度，提高疗效：

1%乳酸液或0.5%醋酸液　擦洗阴道　每日1～2次　连用7日

【注意事项】① 用药前先清洗外阴。② 孕12周内应尽量避免口服甲硝唑。甲硝唑对乳婴虽无引起不良反应的报道，但乳母用药后至少24小时内停止哺乳。③ 本病是阴道内正常菌群失调而致的一种混合感染，临床并无炎性改变，故诊断上重点不在于抗感染。

三、外阴炎

外阴炎是指发生在外阴部的炎症，可单独存在或与阴道炎同时存在。外阴炎常分为非特异外阴炎、婴幼儿外阴炎、念珠菌外阴炎、前庭大腺炎等。① 非特异性外阴炎：常由于经血或产后恶露的刺激、尿液浸渍、粪便刺激、糖尿病尿糖刺激等引起，常为混合性感染，如葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌等感染。② 婴幼儿外阴炎：常与阴道炎并存，常由于婴幼儿外阴发育差，局部易受外伤与感染，阴道内 pH 6～8，抵抗力弱，加上卫生习惯不良等引起。③ 念珠菌外阴炎：常与真菌性阴道炎并存，主要由白色念珠菌引起，孕妇、糖尿病病人、长期应用抗生素者易患此病。

【诊断要点】① 常有外阴不洁史或糖尿病史或长期应用抗生素史。② 临床上常表现为外阴疼痛、灼热、肿胀及瘙痒，常在性交、排尿时加重。③ 炎症发生于小阴唇内外侧，急性期外阴肿胀、充血、糜烂，有时形成溃疡或湿疹。严重者腹股沟淋巴结肿大，体温升高。④ 阴道分泌物涂片检查与培养有助于诊断。

【鉴别诊断】主要与急性外阴溃疡鉴别。急性外阴溃疡发病急，发病前感乏力、发热、局部瘙痒、灼热、疼痛，有臭味渗出物，病变在大阴唇。病者多呈体弱、营养不良状。

【治疗要点】治疗原则：针对病因进行抗感染治疗。

1. 一般治疗　保持外阴清洁干燥，避免搔抓，必要时进行阴道冲洗。

2. 药物治疗　对于微生物感染引起的可选用抗微生物药治疗；对于非感染性的可选用局部用药或中药治疗；如为外阴神经性皮炎，除局部用糖皮质激素软膏或霜剂外，还须选用抗组胺药，对老年性可加用雌激素

治疗。

(1) 非特异性外阴炎(非感染性),可用:

1∶5 000 高锰酸钾液　坐浴　每日 2 次

或　0.1%聚维酮碘液　坐浴　每日 2 次

或　皮康霜　涂外阴　每日 2 次

或　复方康纳乐霜　涂外阴　每日 2 次

或　苦参 15 g、蛇床子 15 g、白鲜皮 15 g、土茯苓 15 g、黄柏 15 g、川楝 6 g,水煎熏洗外阴　每日 1 次

警示:① 中药熏洗对感染性的也有作用。② 严重者必要时可加用可的松软膏涂外阴,每日 2 次。③ 急性期可给予微波或红外线局部物理治疗。

(2) 感染性外阴炎,可用:

金霉素软膏　涂外阴　每日 2 次

或　红霉素软膏　涂外阴　每日 2 次

或　百多邦　涂外阴　每日 2 次

或　瑞康软膏　涂外阴　每日 2 次

(3) 婴幼儿外阴炎,可用:

1∶5 000 高锰酸钾液　坐浴　每日 2 次

金霉素软膏　涂外阴　每日 2 次

己烯雌酚　0.1 mg　口服　每日 1 次　共 7～14 日

(4) 念珠菌外阴炎,首选局部用药

2%～4%碳酸氢钠液　冲洗外阴及阴道　每日 1 次　共 10 日

达克宁霜或美克　涂外阴　每日 1 次　共 7～10 日

或　制霉菌素栓剂　20 万 U　塞阴道　每日 1 次　共 7～10 日

或　克霉唑片　0.25 g　塞阴道　每日 1 次　共 10 日

或　凯妮汀(克霉唑)　1 粒　塞阴道　立即

或　咪康唑栓剂　200 mg　塞阴道　每日 1 次　共 7 日

【注意事项】① 本病的发生常由于外阴皮肤不洁或其他原因刺激引起,因而防治本病的关键就在于保持外阴的清洁与干燥。坐浴不仅是为了清洁,更是一种治疗。② 一般病情以局部处理为主,严重者配合全身治疗。如局部用药效果差或病情顽固者可给全身用药,如制霉菌素或伊曲康唑或氟康唑或酮康唑,酮康唑禁用于有肝炎病史者及孕妇,但应注意有无合并糖尿病、滴虫性阴道炎、肠道念珠菌感染等,如存在以上合并症应一并治疗。③ 念珠菌治疗应及时彻底,一旦变为顽固者应在专科医师指导下进行系统治疗,必要时还应检查性伴有无感染,若同时感染,必须同时进行治疗。④ 己烯雌酚应用宜慎重,并密切观察应用后的反应。

四、外阴瘙痒症

外阴瘙痒症是指女性外阴部的瘙痒，常作为一个症状而存在。外阴皮肤病、感染全身性疾病、精神和心理因素等均可引起瘙痒。瘙痒严重时坐卧不安，影响工作及生活。

【诊断要点】① 外阴瘙痒多位于阴蒂、小阴唇、大阴唇、会阴，甚至肛周等皮损区，常为阵发性发作，也可为持续性，一般夜间加剧。以中老年妇女多见。② 外阴检查，外阴皮肤黏膜外观正常，或仅有抓痕和血痂，长期瘙痒也可引起皮肤肥厚和苔癣样改变。③ 阴道分泌物可能查到滴虫、念珠菌或尿糖阳性。

【治疗要点】治疗原则：查明病因，针对病因进行治疗。

1. 一般治疗　注意外阴卫生，不要经常穿不透气的化纤内裤，如发现瘙痒应及时到医院诊治，查明可能引起瘙痒的原因，采取相应的治疗措施。

2. 药物治疗　针对病因如滴虫、假丝酵母菌、蛲虫病等。

(1) 减轻瘙痒，可用：

苯海拉明　25 mg　口服　每日 3 次　连用 3～5 日

或　扑尔敏　4 mg　口服　每日 3 次

1∶5 000 高锰酸钾液　清洗外阴　每日 1 次

40%氧化锌油膏　涂外阴(急性炎症时)　每日 2 次

警示：高锰酸钾浓度不宜过高，尤其对婴幼儿更应注意；外阴若伴慢性炎症，可使用可的松软膏外用，或 10%丙酸睾丸酮鱼肝油软膏涂擦。

或　甲硝唑　200 mg　口服　每日 3 次　连用 7 日

(2) 假丝酵母菌引起的外阴瘙痒，可用：

制霉菌素　100 万 U　塞阴道　每晚 1 次　连用 7 日

或　咪康唑栓(达克宁栓)　1 粒　塞阴道　每晚 1 次　连用 7 日

【注意事项】① 假丝酵母菌容易复发，应于每次月经后连续治疗 3 个疗程，同时消毒内裤，并以洁尔阴、洁身纯或日舒安等溶液洗外阴。② 病因治疗十分必要，止痒只能减轻症状，不能治愈。③ 本病能影响生活质量，必须及时彻底治愈。④ 对顽固病例必须请专科医师诊治，千万不能随便用药。⑤ 对于外阴皮肤正常、瘙痒严重、治疗效果不佳者，可采用 95%乙醇皮下注射 0.1～0.2 ml/cm²。此法必须在有经验的医师指导下使用，由于注射时疼痛，必须向病人说明情况。

五、子宫颈炎

子宫颈炎是指由于各种原因引起的子宫颈部炎症，是生育年龄妇女

的常见病，临床上常分为急性子宫颈炎、慢性子宫颈炎、病毒性子宫颈炎、结核性子宫颈炎和放线菌性子宫颈炎。急性子宫颈炎常与急性阴道炎、急性子宫内膜炎同时存在，多见于产褥感染时或感染性流产后，淋病奈瑟菌、沙眼衣原体为常见病原体。慢性宫颈炎主要表现为宫颈糜烂、宫颈肥大、宫颈息肉，此型较常见。

【诊断要点】① 有外阴不洁、性乱、淋病、产褥期感染病史。② 临床主要表现为白带增多，下腹疼痛等症状。③ 白带检查可发现淋病奈瑟菌或沙眼衣原体，白带显示炎性病变。④ 妇科检查常发现宫颈糜烂、肥大、息肉、宫颈腺体囊肿，触之易出血，有触痛，程度随病情而异。

【鉴别诊断】① 子宫颈癌：肉眼不易与糜烂鉴别，但质地较硬，极易出血，宫颈刮片或活检可帮助鉴别。② 陈旧性宫颈裂伤，检查时如将窥阴器轻轻撑开后，外翻的组织即可复原。

【治疗要点】治疗原则：注意外阴卫生，选用敏感抗菌药。

1. 一般治疗　休息，保持外阴清洁，避免阴道灌洗，对分泌物进行培养并作药敏试验，慢性者可考虑进行冷冻或激光治疗，严重者可考虑手术治疗。

2. 药物治疗　局部加全身治疗。

(1) 急性子宫颈炎，可用：

青霉素　80 万 U(皮试阴性)　肌内注射　每 8 小时 1 次

或　大观霉素　2.0 g　(皮试阴性)　肌内注射　立即

警示：必要时 1 周后再重复使用 1 次，对大多数淋病奈瑟菌有效，禁用于孕妇及对本品有过敏史者。

(2) 慢性子宫颈炎，可用：

盐酸环丙沙星栓　200 mg　塞入阴道内　每晚 1 次　连用 7 日

或　20%硝酸银　糜烂面及宫颈内口 0.5 cm 处涂布　每周 1 次　连用 3～4 次

警示：应用需慎重，避免腐蚀阴道黏膜，亦可用 5%重铬酸钾宫颈内涂布。

或　庆大霉素　4 万～8 万 U　分点注射于宫颈管及宫旁组织内　每 3 日 1 次　连用 5 次

或　重组干扰素 α-2a 栓(奥平)　1 粒　塞入阴道深部贴近宫颈部位　隔日 1 次，7 次为 1 疗程。用药时要将药栓置于阴道后穹，宜睡前使用。经期停止用药，孕妇禁用。用药时还应避免坐浴及性生活，还可以冷冻或激光治疗。

(3) 病毒性子宫颈炎，可用：

阿昔洛韦(无环鸟苷)　200～600 mg　口服　每日 4～6 次　连用

5～7 日

警示：对严重病例可用本品静脉滴注，10 日为 1 疗程或用更昔洛韦。

(4) 放线菌性子宫颈炎，可用：

氨苄西林 500 mg 口服 每日 4 次 连用 10 日

甲硝唑 400 mg 口服 每日 3 次 连用 10 日

警示：一旦发现放线菌，必须及时彻底治疗。严防引起全身性放线菌脓肿、脑脓肿，甚至死亡。

【注意事项】① 本病重在预防，平时注意外阴卫生，避免感染，一旦患病，必须及时治疗。② 禁止在急性期行宫颈活检，应对分泌物作培养及药敏试验。③ 孕妇患病毒性子宫颈炎应从孕 34 周起，每周做 1 次分泌物病毒培养，3 次阴性方能阴道分娩，否则要做剖宫产。④ 物理治疗宫颈糜烂方法很多，常用冷冻或激光治疗，一般在月经干净后 3～7 日进行，治疗后 1～2 周内阴道有水样或粉红色分泌物，通常 6～8 周痊愈。治疗期间注意保持外阴清洁，两个月内禁止性生活。⑤ 宫颈糜烂为本病的主要病理改变，一般分为三度：A. 轻度糜烂：指糜烂面积＜宫颈总面积的 10%；B. 中度糜烂：指糜烂面积占宫颈总面积的 1/3～2/3；C. 重度糜烂：指糜烂面积占宫颈总面积的 2/3 以上。⑥ 手术治疗指征：A. 慢性炎症久治不愈；B. 伴有颈骨炎或宫颈严重外翻者；C. 有癌前病变作进一步检查时，可进行宫颈锥形切除术。宫颈小息肉可在门诊摘除，大息肉需住院切除。

六、 盆腔炎症

女性内生殖器及其周围的结缔组织，盆腔腹膜发生炎症时称为盆腔炎。主要包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎。炎症可局限在一个部位，也可同时累及几个部位，最常见的是输卵管炎。盆腔炎有急性和慢性两类。急性盆腔炎发展可引起弥漫性腹膜炎、败血症、感染性休克，严重者可危及生命。若在急性期未能得到彻底治疗，则转为慢性盆腔炎，往往经久不愈，病可反复发作，导致不孕、输卵管妊娠、慢性盆腔痛，严重的影响妇女健康。

【诊断要点】① 有近期扩宫、吸宫、分娩或子宫全切、盆腔炎史。② 急性盆腔结缔组织炎：有可致宫颈裂伤、阴道上端及子宫侧壁受损的手术史，并伴有发热、头痛、寒战、体温可达 38℃以上。下腹痛及放射痛、下腹包块及局部压迫刺激症状，如尿频、尿急、尿痛、腹泻、里急后重，如脓肿破溃流入腹腔，可出现盆腔腹膜炎，严重者可出现全身中毒症状，妇科检查见后穹隆触痛明显，宫颈可有举痛，宫体压痛或活动受限，子宫周围可有增厚感，并有触痛，如形成脓肿，在子宫后方可摸及肿块。③ 慢性盆

腔结缔组织炎：轻症者常无症状，反复发作者，出现疲乏无力，全身不适，有腰骶部和下腹部胀痛及性交痛。妇科检查见双侧子宫骶韧带及主韧带增厚，呈条索状，有触痛，双侧宫旁组织增厚，子宫固定，严重者可出现"冰冻骨盆"样改变。

【鉴别诊断】本病须与急性阑尾炎、异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转或黄体破裂相鉴别，B超盆腔检查，阴道脓性分泌物检查可帮助鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据药敏试验选用抗菌药。

1. 一般治疗　积极支持治疗，卧床休息，取半卧位，发热高者予以降温，纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调。

2. 药物治疗　急性输卵管卵巢炎、盆腔腹膜炎。

(1) 症状轻者，选用口服抗生素 1)和 2)任选一组：

1) 甲硝唑　400 mg　口服　每日 3 次

头孢氨苄　0.375 g　口服　每日 3 次

或　罗红霉素　0.15 g　口服　每日 2 次

2) 克林霉素　300 mg　口服　每日 3 次

(2) 症状较重者选用静脉用抗菌药 1)～3)任选一组：

1) 青霉素　400 万单位 | (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日
甲硝唑　0.5～1.0 g | 静脉滴注　每日 2 次
5%葡萄糖注射液　100 ml | 连用 5 日

2) 头孢唑林　2.0 g | (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日
甲硝唑　0.5 g |
5%葡萄糖注射液　100 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

3) 头孢拉定　2 g | (皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日
甲硝唑　0.5 g |
5%葡萄糖注射液　100 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

(3) 青霉素皮试阳性者，可用：

林可霉素　600 mg |
5%葡萄糖生理盐水　500 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

或　5%葡萄糖注射液　500 ml |
红霉素　600 mg | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

(4) 重症者可选用以下任何一组：

1) 林可霉素　0.6 g |
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

阿米卡星　　　　　　600 mg | 静脉滴注　每日 2 次
5%葡萄糖生理盐水　500 ml | 连用 5 日

2）头孢噻肟　　　　　2.0 g | （皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

3）头孢曲松　　　　　1.0 g | （皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

4）氧氟沙星　　　　　0.4 g |
5%葡萄糖注射液　500 ml | 静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

0.5%甲硝唑　100 ml　静脉滴注　每日 2 次　连用 5 日

（5）考虑有衣原体、支原体或淋病奈瑟菌感染，应加用：

阿奇霉素　500 mg　口服　每日 1 次　共 3 日

多西环素　100 mg　口服　每 12 小时 1 次　连用 10～14 日

（6）慢性盆腔炎　可选用以下处方：

α-糜蛋白酶　5 mg　肌内注射　隔日 1 次

或　透明质酸酶　1 500 U　肌内注射　隔日 1 次

丹参 18 g、赤芍 15 g、木香 12 g、桃仁 9 g、金银花 30 g、蒲公英 30 g、茯苓 12 g、丹皮 9 g、生地 9 g，痛重时加延胡索 9 g　煎汤　口服或保留灌肠　每日 1 次

【注意事项】① 急性输卵管卵巢炎、盆腔炎病人，一般均需住院治疗。入院后可及时取宫颈分泌物、后穹穿刺液等做病原体检查及药敏试验。② 急性盆腔结缔组织炎如及时选用敏感抗生素多能较好地控制，如用药不当或系淋菌感染，往往发展为脓肿或炎症进一步扩散，须手术治疗。若转为慢性则常会反复发作，应长期治疗并注意随访。③ 密切观察病情变化，做好术前准备工作。手术指征：① 输卵管积水。② 输卵管卵巢囊肿。③ 盆腔小的感染病灶，反复引起炎症发作，手术以彻底治疗为原则，酌情进行单侧附件切除术或全子宫切除术加双侧附件切除术。

七、子宫肌瘤

子宫肌瘤是指发生在子宫平滑肌组织的良性肿瘤，故又称为子宫平滑肌瘤，多见于 30～50 岁之间的妇女，常分为浆膜下子宫肌瘤、肌壁间子宫肌瘤、黏膜下子宫肌瘤、子宫颈肌瘤。如果肌瘤在短期内迅速增大或绝经后妇女肌瘤有增大趋势，应警惕肌瘤恶变可能。

【诊断要点】① 有月经周期缩短、经期延长、经量增多、不规则阴道流血、继发贫血，甚至下腹可叩及实性肿物，并出现压迫症状，如尿频、尿急、排尿障碍、便秘、大便不畅等。有的患者因肌瘤引起不育或多次自然流产。若肌瘤发生红色变性可出现急性腹痛、发热等症状。② 妇科检查：

可触及增大的子宫或均匀增大，或有不规则隆起、质硬。大型宫颈肌瘤可引起宫颈变形。当带蒂黏膜下肌瘤突出于宫颈口外时，可在阴道看到并触及带蒂肿物。③ B超能帮助明确诊断，并能提供大小、多少及部位。④ 腹腔镜、宫腔镜、诊断性刮宫有助于诊断与鉴别诊断。

【鉴别诊断】① 妊娠子宫：停经及早孕反应，HCG阳性，子宫大小与停经月份相符合。② 子宫腺肌症：子宫均匀增大，有继发性，渐加性加剧的痛经，一般不超过2～3个月妊娠大小，且伴有经前、经时子宫增大。③ 卵巢囊肿：无月经改变，多为偏于一侧的囊性肿块，可与子宫分开，但实性易致误诊，B超检查可帮助诊断。④ 子宫颈癌：较大带蒂黏膜下肌瘤脱出于阴道内并伴有感染、溃疡，引起不规则出血及恶臭排液，易与外生型子宫颈癌相混淆，应通过细胞学检查及病理检查鉴别。

【治疗要点】治疗原则：子宫肌瘤系性激素依赖性肿瘤，可随体内性激素减少而萎缩或消失，很少恶变，故治疗应根据病人年龄、生育要求、症状及肌瘤部位、大小、数目全面考虑。

1. 一般治疗　肌瘤小，无症状，特别是近绝经年龄妇女，性激素水平低下，肌瘤多可萎缩或逐渐消失。每3～6个月随访1次，若肌瘤有继续增大，或出现明显症状应考虑进一步治疗。

2. 药物治疗　肌瘤小于2个月妊娠子宫，症状轻，近绝经年龄或全身情况不宜手术治疗。雄激素可以抗雌激素，使子宫内膜萎缩，增强子宫平滑肌的收缩而减少出血。

丙酸睾酮　25 mg　肌内注射　每日1～2次　经期25 mg/d　共3次，每月总量一般应低于300 mg

米非司酮　10 mg　口服　每日1次　连服3个月

亮丙瑞林　3.75 mg　皮下注射　每月1次　连用4个月

戈舍瑞林　3.6 mg　皮下注射　每月1次　连用4个月

3. 手术治疗　适用于瘤体较大，有可疑变性，出血较多的50岁以下患者，手术方法的选择视具体情况而定，如无生育要求的可进行子宫部分或全切除，这是最彻底、最可靠的治疗方法。

【注意事项】① 保守治疗的病人应注意复查，每3～6个月进行B超检查，定期观察病情变化，一旦出现流血过多或有恶变的趋势，应及时至妇科治疗。② 使用性激素治疗要慎重，应由专科医生指导，丙酸睾酮每月剂量<300 mg，否则会引起男性化。③ 米非司酮服药期间会引起闭经。④ 亮丙瑞林、戈舍瑞林注射后会出现类似更年期症状。⑤ 子宫肌瘤切除术者，术后3～6个月随防1次，以防肌瘤复发，80%的复发者发生手术后28个月以内。

八、闭经

闭经是妇科疾病中的常见症状，分为原发性闭经和继发性闭经。原发性闭经指年龄超过16岁，第二性症已发育，或年龄超过14岁，第二性症未发育，且月经未来潮者；继发性闭经指以往曾建立正常月经，但以后因某种病理性原因而月经停止6个月，或按自身原来月经周期计算停经3个周期以上者。根据发生的原因，又分为生理性闭经和病理性闭经。生理性闭经，如妊娠、哺乳、绝经等生理情况无须治疗；病理性闭经是由某些病理原因所致。本节重点是病理性闭经的药物治疗。

【诊断要点】① 有原发性或继发性闭经史。② 体检排除器质性病变，排除妊娠。③ 辅助检查如卵巢功能、垂体功能、放射学检查及相关内分泌学检查。④ 已婚妇女诊断性刮宫或宫颈镜检查可帮助鉴别诊断。

【鉴别诊断】主要与妊娠鉴别，依据病史、妇科检查、血尿 HCG 测定不难鉴别。

【治疗要点】治疗原则：治疗引起闭经的器质性疾病，如处女膜或阴道闭锁可手术切开，结核性子宫内膜炎应抗痨治疗，宫腔粘连应扩张宫腔并放置节育环。同时注意心理治疗，消除精神紧张和焦虑。

1. 一般治疗　生理性闭经者无须治疗，由于月经调节机制发生障碍者可通过内分泌药物进行治疗。

2. 药物治疗

(1) 泌乳素过高而引起的闭经，可用：

溴隐亭　2.5～5 mg　内服　每日1次　连服3个月

(2) 月经调节机制障碍者引起闭经，可用：

黄体酮　20 mg　肌内注射　每日1次　连续3日

补佳乐　1 mg(倍美力0.625 mg)　每日1次　连服22日

(在注射黄体酮引起撤退性出血后5日开始)

甲羟孕酮(安宫黄体酮)　4 mg　每日1次　连服10日(在服用雌激素第12日后)

(3) 单用孕激素：适用于体内有一定内源性雌激素水平的病人。

安宫黄体酮　4 mg　每日2次　连服10日

或　黄体酮　20 mg　肌内注射　每3～4日1次　可连用5次

(4) 性激素替代治疗，可用：

妊马雌酮　0.625 mg　口服　每日1次　连服21日　停药1周后重复给药

或　甲羟孕酮　10 mg　口服　每日1次　连服5～7日

（5）诱发排卵，可用：

氯底酚胺　50～100 mg　口服　每日 1 次　于月经第 5～9 日开始连用 5 日　每月总量不超过 600 mg

若疗效不佳，可用 HMG（绝经期促性腺激素）＋HCG（绒毛膜促性腺激素）

HMG　1 支　肌内注射　每日 2 次

如卵泡成熟即停用，改用

HCG　5 000～10 000 IU　1 次　肌内注射

警示：使用 HMG 每日测定宫颈黏液，B 超监测卵泡及检测雌二醇水平，根据卵泡生长情况，可适当增加 HMG 用量，如卵泡成熟即停用，改用 HCG；HCG 一般停经后 36 小时排卵。用药剂量不宜过大，用药期间应严密观察卵泡生长情况及雌二醇浓度，如有过度刺激倾向时，不应注射 HCG，以免发生过度刺激。

【注意事项】① 闭经是妇科疾病中的常见症状，在治疗前一定要首先明确诊断才能用药。临床常有未明确诊断而盲目用药，导致流产而引发医疗纠纷，基层医院尤应注意。② 对甲羟孕酮或黄体酮过敏者及各种血栓塞性疾病、严重肝功能损害、妊娠或哺乳期妇女禁用，心肾功能不全、糖尿病病人慎用。③ 溴隐亭会引起直立性虚脱，高空操作者不能服用，禁用于自发性或家庭性震颤、严重心功能紊乱、未经治疗的高血压、妊娠中毒症等。

九、 功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血为妇科常见病。是由于调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血。而全身及内外生殖器官无器质性病变存在。可分为排卵性和无排卵性两类，约 85％的病例为无排卵性。可发生于月经初潮至绝经间的任何年龄，50％发生于绝经前期，孕龄期占 30％，青春期占 20％。无排卵性功能失调性子宫出血，即子宫内膜增殖症，其特点是月经周期紊乱，经期长短不一，血量时多时少，甚至大量出血，反复发作。

【诊断要点】① 有典型的子宫出血病史，如经期长短不一、经期长、血量时多时少或不规则出血。血量大时可引起贫血。② 排除全身性疾病和生殖器的器质性病变。③ 子宫内膜病理检查为增殖期增生过长，无分泌期变化或分泌不足以及混合性改变（排卵性）。常于月经来潮第 5 日诊刮。④ 基础体温呈单相型提示无排卵，双相型为有排卵；或虽为双相型但体温上升或下降缓慢，幅度偏低，持续时限短，常提示无排卵。⑤ 宫颈黏液结晶检查，经前出现羊齿状结晶，提示无排卵。⑥ 宫腔镜直视下选择病变区进行清检及血清孕酮、尿雌二醇测定有助鉴别诊断。

【鉴别诊断】本病需与全身性疾病，如血液病、高血压、肝脏疾病及甲

状腺疾病、宫外孕、子宫颈息肉、子宫内膜炎、子宫内膜癌等疾病相鉴别，通过病史、分析及相关检查，鉴别不难。

【治疗要点】治疗原则：对青春期和生育年龄的功能性子宫出血病人以止血、调节周期、促排卵为主；更年期病人以止血，促其绝经为主；对排卵型宫血应针对不同病因进行治疗。

1. 一般治疗　注意休息与营养，思想上不能过分紧张，适当的锻炼与规律的生活方式均有助于月经周期的恢复。

2. 药物治疗　以雌激素、孕激素以及雄激素制剂止血；调整月经周期；促排卵。

(1) 雌激素药物止血，可用：

苯甲酸雌二醇　2～4 mg　肌内注射　每日 1 次或每日 2 次　20 日为 1 疗程

或　倍美力　0.625～2.5 mg　口服　每日 1 次或每日 2 次　20 日为 1 疗程

或　补佳乐　1～4 mg　口服　每日 1 次或每日 2 次　20 日为 1 疗程

(2) 孕激素药物止血，可用：

黄体酮　20～40 mg　肌内注射　每日 1 次　共 5～7 日

或　安宫黄体酮　10～20 mg　口服　每日 1 次　共 5～7 日

(3) 雄激素药物止血，每个月总量不超过 300 mg：

丙酸睾酮　25～50 mg　肌内注射　每日 1 次或每日 2 次

(4) 促排卵，可用：

氯米芬　50 mg　每日 1 次　于月经的第 5 日起连服 5 日

或　人类绝经后促性腺激素(HMG)　75 U　肌内注射　于月经干净后每日用药 1～2 次　直至卵泡发育成熟停用

或　HCG　1 000 IU　次日增至 2 000 IU，第 3 日增至 5 000 IU　肌内注射　基础体温有双相变者可继续每日 1 000 IU　4～5 次　以维持黄体。

【注意事项】① 氯米芬在促排卵过程中，有时会引起卵巢过度刺激综合征。② 对所有不规则阴道出血，首先必须排除生殖道病变以及识别功能性子宫出血同时合并器质性病变。③ 服用雌激素、孕激素止血时，血止后每 3 日减量 1 次，每次减量不超过 1/3，直减至维持量，持续到血止后 20 日左右停药，停药后 3～7 日出现撤药性出血。防止减量过大，出现突破性出血。④ 血止后，青春期患者，必须用雌激素、孕激素序贯疗法，更年期患者用雌孕激素合并疗法进行调整周期 2～3 个月。⑤ 青春期以恢复排卵作为治愈的标志。⑥ 长期大量应用性激素类药物，可能导致 ALT、AST 升高，必须定期复查肝功能和肝酶谱。⑦ 对于药物治疗效果不理想的病人，应及

时手术治疗。手术治疗以刮宫术最常用，既能明确诊断，又能迅速止血。

十、痛经

凡在月经来潮前后或在经期出现腹痛、腰酸、下腹坠胀及其他不适，影响生活和工作的称为痛经。自月经初潮后不久即出现的痛经为原发性痛经。由于生殖器官某些器质性病变引起的痛经为继发性痛经。

【诊断要点】① 常有月经前过度劳累，精神过度紧张，生活习惯改变等病史。② 原发性痛经在青少年期常见，无排卵性月经一般不发生痛经。③ 痛经多发生于月经的第 1、2 日，常为下腹部阵发性绞痛，有时也放射至肛门、腰及阴道。可表现为轻微的痉挛性疼痛，也可表现为剧烈疼痛，甚至出现头昏、低血压、面色苍白、出冷汗，以及晕厥等症状。膜样月经患者疼痛剧烈，一旦排出迅速减轻。④ 妇科检查无异常表现。

【鉴别诊断】由于月经期盆腔充血，盆腔及周围脏器原有的病变，如膀胱炎、结肠炎、慢性阑尾炎等症状加剧，易与痛经混淆，但只要注意询问病史，结合相关检查，一般较易鉴别。

【治疗要点】治疗原则：首先要弄清楚是一般性(功能性)痛经还是器质性痛经，前者可酌情使用镇痛解痉药物，后者要及时手术纠正病变。

1. 一般治疗　重视精神心理治疗。疼痛不能忍受时，可用非麻醉性镇痛剂治疗。

2. 药物治疗

(1) 镇痛，可用：

阿司匹林　口服　0.3 g　每日 3 次

或　吲哚美辛(消炎痛)　口服　25 mg　每日 3 次

(2) 解痉剂治疗，可用：

阿托品　口服　0.3 mg　每日 3 次

(3) 痛经严重者，可用：

哌替啶(杜冷丁)　50 mg　肌内注射　即刻

【注意事项】① 哌替啶(杜冷丁)有药物依赖性，应在上级医师指导下应用。② 查明痛经原因，确定治疗方案。③ 对原发性痛经病人，应加强心理治疗，坚持疏导，以消除精神紧张和心理恐惧。

第三节　不孕与助孕

一、不孕症

不孕，指育龄妇女婚后未避孕而未能受孕。传统把婚后 3 年以上未

受孕者诊断为不孕症。20 世纪 70 年代后，国际妇产科联合会将不孕症的定义缩短为 1 年。据调查，婚后 1 年的受孕率最高，可达 95%，美国不孕学会建议，婚后夫妇同居 1 年，有规律性性生活，未采取避孕措施而未怀孕者，可诊断为原发性不孕症。育龄夫妇同居 1 年，曾有过妊娠而未避孕，这种不孕称继发性不孕症。

不孕的因素：不孕的原因可能在女方、男方或男女双方。其中女方因素约占 60%，男方因素约占 30%，双方因素约占 10%。

1. 女性不孕的因素：① 外阴阴道因素：外阴、阴道发育异常，如两性畸形、处女膜发育异常、阴道闭锁、阴道损伤后形成瘢痕狭窄以及阴道炎症。② 宫颈因素：宫颈发育异常、宫颈赘生物、宫颈炎症、宫颈黏液理和性状异常等。③ 子宫因素：子宫先天性畸形、子宫内膜异常、子宫肌瘤、宫腔粘连等。④ 输卵管因素：输卵管发育不全、输卵管炎症、输卵管周围病变、输卵管阻塞等。⑤ 卵巢因素：卵巢发育异常、子宫内膜异位症、黄体功能不足、多囊卵巢综合征、卵巢功能早衰、下丘脑-垂体-卵巢功能轴紊乱、重度营养不良、过度肥胖引起卵巢排卵障碍。

2. 男性不孕的因素：主要是生精障碍与输精障碍。① 精液异常：如无精子或精子数量过少，活力减弱，形态异常。② 精子运送受阻：附睾及输精管结核可使输精管阻塞，阻碍精子通过；阳痿、早泄不能使精子进入女性阴道。③ 免疫因素：精子、精浆在体内产生对抗自身精子的抗体，可造成男性不孕，射出的精子发生自身凝集而不能透过宫颈黏液。④ 内分泌功能障碍：垂体、甲状腺、肾上腺功能障碍，可能影响精子的产生，而引起不孕。⑤ 性功能异常：外生殖发育不良或阳痿致性交困难等。

3. 男女双方因素：缺乏性生活的基本知识，精神过度紧张及免疫因素等。

【诊断要点】

1. 体格检查　除仔细地进行全身检查外，应重点注意内分泌系统异常的体征，特别是体态外形、全身发育、营养、毛发分布、脂肪沉着及乳房发育；观察有无多毛、男性化、甲状腺功能亢进或功能低下等体征；检查有无溢乳；常规妇科检查有无生殖道畸形、感染、盆腔包块、可疑粘连或子宫内膜异位症。

2. 实验室检查

（1）常规检查：包括血、尿常规和梅毒血清试验。取白带化验排除滴虫、霉菌或细菌性阴道炎。发现宫颈感染或宫颈效液呈脓性，应做淋菌培养检查。有条件应做支原体及衣原体检查。如溢乳应测定催乳素（PRL）。月经不规则患者进行激素测定。如有多毛、痤疮及男性化等体征发现，须测定雄激素，雄激素分泌过多，可损害卵泡发育而导致不排卵。

（2）排卵预测：

1）测基础体温，双相体温曲线说明有正常排卵发生。单相体温曲线可有10%～20%，通过其他指标均提示有排卵，这可能与机体缺乏生热反应有关。双相体温曲线也有少数未曾排卵，如未破裂卵泡黄素化综合征。

2）宫颈部液检查：临床根据就液量、拉丝度、羊齿状结晶程度及宫颈口扩张四项预测排卵。① 宫颈液量的测定：用结核菌素注射器连接一塑料管，伸入宫颈管内1 cm处，吸净部液，吸出量达0.4～0.6 ml，提示卵泡成熟即将排卵。② 拉丝试验：将吸出之部液置于玻片上用长镊子提取牵拉，观察部液被牵拉长度，6～10 cm以上，提示即将排卵。③ 羊齿状结晶：将宫颈款液涂抹在载玻片上，待干后置低倍镜下检查，如呈典型繁复的羊齿状结晶(3+)提示即将排卵。④ 宫颈外口轻度扩张，就液充盈宫颈管。

3）月经中期LH监测：已知妇女血清雌二醇水平达到730 pmol/L并持续50小时左右即可促使LH出现分泌高峰，而成熟卵泡必须在LH峰值的作用下才能排卵。因此LH峰的出现意味着即将排卵。

4）B超扫描监测排卵：卵巢B超扫描对明确及追踪卵泡的生长是一很可靠的方法，可于月经周期第8、9日开始B超扫描，隔日1次，待优势卵泡直径达14 mm左右时，宜每日观察1次。当直径达20 mm时，提示卵泡即将1.41±1.2日内破裂排卵。

3. 器械检查　主要包括B超、腹腔镜、宫腔镜、子宫输卵造影等。

【鉴别诊断】

（1）子宫内膜异位：子宫内膜异位症是子宫内膜生长在子宫腔以外的任何部位所引起的妇科疾病。如在卵巢、子宫骶骨韧带、子宫下段后壁浆膜层、子宫直肠陷窝以及乙状结肠的盆腔腹膜等处，亦可在子宫肌层发生，临床上将子宫内膜异位症分为外在型子宫内膜异位症和内在型子宫内膜异位症。患者常主诉不孕、痛经及盆腔疼痛而就诊。国内外报道子宫内膜异位症患者的不孕率达40%左右。本症和不孕的关系，已为临床所关注，认为子宫内膜异位症是不孕的主要原因之一。因此在临床上，对主诉不孕的妇女，如果输卵管通畅、基础体测双相、子宫内膜反应良好，房事后试验正常者，应考虑有子宫内膜异位症的可能。

（2）继发性不孕：育龄夫妇同居一年，有正常性生活，以前怀过孕。现在从未采取任何避免措施，未能受孕的称为继发性不孕症。

（3）输卵管肿大：输卵管肿大一般是由于炎症导致的输卵管不通所致，是女性不孕的重要因素，输卵管炎在不孕妇女中较为常见，其原因是由于病原体感染引起，病原体主要有葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、淋球菌、变形杆菌、肺炎球菌、衣原体等所引起。最容易发生感染的时间是产后、流产后或月经后。分娩或流产时所造成的产道及胎剥离面的损伤或

月经期子宫内膜剥脱的创面，都是病原体感染内生殖器的途径。有时感染与不严格的无菌手术操作有关，如宫内节育器的安放、刮宫手术、输卵管通液、碘油造影等。性生活过频、月经期性交也都可以引起感染而发生输卵管炎。少数病人是因邻近器官的炎症直接蔓延而来，如阑尾炎或机体其他部位的感染灶经血传播达输卵管。

【治疗要点】

1. 一般治疗　积极治疗全身慢性疾病，纠正贫血和营养不良，戒烟酒，学会自我预测排卵，保持良好的生活规律和良好的心态。

2. 治疗方法的选择

(1) 诱发排卵：适用于排卵性不孕，常用药物诱发。

1) 孕激素：在月经周期后半期使用孕激素或雌-孕激素联合治疗。

用法：黄体酮　20 mg　肌内注射　每日 1 次　连用 5～10 日

或　黄体酮栓(25 mg/栓)　阴道栓塞　每日 2 次　连用 10 日

雌激素水平低下者，同时每日加服炔雌醇 0.025～0.05 mg。尚可采用雌-孕激素周期治疗。

2) 氯米酚(克罗米酚)：第一疗程从小剂量开始，自月经第 5 日起 50 mg，口服，每日 1 次，连用 5 日，如连用 3～6 个月，75%用药后 3～4 个月妊娠。还可加用溴隐亭。

3) 他莫替芬　19 mg　口服　每日 2 次　连用 6 个月

4) 尿促性素(HMG)-绒促性素(HCG)：用 HMG 1 次　过 10 日　再服 HCG　10 000 IU

(2) 改善宫颈黏液质量：

1) 炔雌醇　0.025 mg　口服　自月经第 5 日起　每日 1 次　连用 7～9 日

2) 氯米酚　50 mg　从月经的第 5 日起口服　每日 1 次　连用 5 日还可加用炔雌醇或 HCG 或糖皮质激素

(3) 黄体功能不足：

1) 氯米酚(使用 5 日用法同前)无效时，加量 1 倍，再服 5 日，在排卵后基础体温上升的第 3 日起给予黄体酮 10 mg，肌内注射，每日 1 次，连用 10 日。如果垂因素引起的黄体功能不足，使用 HCG 效果优于孕酮。

2) HCG　2 500 U　肌内注射 1 次。

(4) 输卵管阻塞可用：输卵管通液压；理疗；中医中药；手术治疗。

(5) 宫腔粘连：可在宫腔镜下分离粘连；亦可适当服用雌激素，促进内膜修复。

(6) 发育异常：手术治疗。

(7) 上述方法无效时，可考虑使用辅助生殖技术。

【注意事项】不孕因素复杂，除女性因素外，尚应注意男性因素和男女双方因素。HMG与HCG联合使用不仅可以诱发月经，重要的是可促使排卵和妊娠，优于雌-孕激素联合治疗的效果。目前有8种治疗方案：① HMG使用1次，于10日后加用HCG。② HMG/HCG重叠使用法：先用HMG，在最后3日合并使用HCG，停HMG后再单用HCG 1～2次。③ HMG、HCG序贯法：用HMG 9～12日后，再用HCG 1～3日。④ 递减或递增法：逐步减少或逐步增加HMG用量，停药后再用HCG。⑤ HMG间断使用法：于月经周期1、4、8日后用HMG，第11日用HCG。⑥ 单用HMG。⑦ 氯米芬＋HMG联合疗法：先每日用氯米芬50～100 g，连用5～7日，继用HMG和HCG。⑧ HMG和溴隐亭复合疗法：引起高催乳血症用溴隐亭2～5 mg，每日2次，无反应者加HMG。

我国目前多采用HMG-HCG序贯疗法。方法：自月经周期第5～6日起，给予HMG 1支/日。1周后宫颈黏液评分和B超显示卵泡大小，无反应，则改为2支/日，如1周后再无效，改为3支/日，应至宫颈黏液评分≥8分，B超显示最大卵泡直径≥18 mm时，改用HCG 10 000 U，共2日，第3日改5 000 U。如足量HMG已达42支，仍无反应，无需用药。治疗效果国内报告排卵率99%，妊娠率为50%。

二、 辅助生殖技术

1978年，世界上第一例“试管婴儿”在英国诞生，标志着人类生殖医学及其相关学科进入了一个崭新的时代。在此基础上发展了一系列人工助孕方法，统称为助孕技术(assisted reproductive technology, ART)，其中临床中最常用的技术有三种，即IUI，IVF-ET及GIFT。

(一) 宫腔内受精(IUI)

宫腔内受精(IUI)为最常用的人工受精方法，可应用丈夫精液或供者精液进行。虽然IUI可在自然周期或诱发排卵周期进行，但目前多主张将控制超排卵(COH)与IUI联合应用，以最大限度提高妊娠率。

【病人选择】患者年龄<45岁，不孕年龄>2年，HSG或腹腔镜证实输卵管通畅，具有下述适应证者。

【适应证】① 不明原因不孕症。② 宫颈因素性不孕症。③ 免疫性不孕症。④ 男性因素不孕：精子密度低于20×10^6/ml，活力<50%，正常形态<50%以及逆行射精等。

【操作程序】

1. 控制超排卵(COH)

(1) CC/HMG：最常用方案。一般于月经第3～7日，每日口服克罗米芬(氯苯酚CC)100 mg，第6、8日隔日肌内注射HMG 150 IU，第10日

再根据卵泡监测情况决定 HMG 用量。

(2) HMG 或 FSH：于月经第 3～7 日每日肌内注射 HMG 或 FSH 75 IU，根据卵泡监测情况调整剂量。

(3) 单纯用 CC：使用较少，于月经第 5～9 日，每日口服 CC 100 mg。

2. 女方用药的同时，男方服抗生素 7～10 日，术前 5～7 日排精 1 次。

3. 优化精子　筛选活动力强，受精能力优良的，去除精浆异常或死亡精子和细胞成分以及有害微生物，并使精子在体外获得，新鲜精液应于手术前至少 2 小时通过手淫方式提取，将精液置室温下自然液化后通过上游法(swim－up)或 percoll 密度、梯度离心法处理，并将优化后的精子置培养箱内待用。

4. 方法　首先排空膀胱，取截石位，用 5%活力碘消毒外阴及阴道，再以生理盐水冲洗，用纱布拭干，暴露宫颈以 Tom－cat 导管抽吸优化后的精液 0.3～0.6 ml，顺子宫方向轻柔置入宫腔，缓慢推，术后休息 15～30 分钟方可下床活动。

5. 支持黄体功能及随访　一般于术后第 1、4、7 日分别注射 HCG 2 000 IU，若卵泡过多(＞15 个)，可改每日肌内注射黄体酮 40 mg。术后 2 周测尿 HCG，若阳性，则继续支持黄体功能至孕 3 个月；阴性则停药。术后 4 周超声检查，若发现宫腔内孕囊，并见胚芽及胎心搏动，表示手术成功。

(二) 配子输卵管内移植技术(GIFT)

1984 年 Asch 等首次报告通过腹腔镜进行 GIFT 获得成功，在诱发排卵条件下，于腹腔镜采卵的同时，将备用的精子及所获成熟的卵细胞自输卵管伞端注入到壶腹部受精。优点为不需要复杂的、精细的体外受精及早期胚胎培养技术，最大程度上减少了外界环境和人工操作对卵细胞受精能力的影响，技术操作简便，采卵及移植通过腹腔镜一次完成，其受精过程更符合人类生理状态，可获更高的妊娠率。适用于宫颈因素、免疫因素及原因不明的不孕。

(三) 体外受精及胚胎移植(IVF－ET)

本法是用人工方法提取精子及卵细胞，在体外培养受精，当胚胎分裂到 4～8 个细胞时，再将其移植到子宫腔内继续发育及着床。其主要操作程序包括：诱发超排卵，卵泡监测及适时注射 HCG，精子优化，采卵及卵细胞的处理，体外受精及胚胎培养，胚胎移植及移植后管理等。适用于输卵管疾病、原因不明性不孕症、免疫性不孕症、精子过少或弱精症、子宫内膜异位伴盆腔内粘连或输卵管异常等。

(四) 卵胞浆内单精子显微注射(ICSI)

这一技术是在针对男性精子数量不足、功能异常导致受精障碍所采

取的体外受精的微滴法、透明带部分切除法及透明带下受精等方法基础上发展起来的。又称为第二代试管婴儿，不用进行精子的诱导获能处理，只需选择一个形态正常、缓慢运动的精子先予以制动。其操作方法是用注射针挤压精子尾部，稍微擦破细胞膜，诱导精子从擦破点释放精子细胞质体因子激活卵细胞。接着按尾先头后的顺序吸精子放入注射针，再通过显微操作，将精子注入卵胞浆内，即完成受精。对输精管不通的患者可进行附睾穿刺，如吸出物中无精子，则从睾丸取活组织分离精子，或取精细胞激活后使用。适用于严重少、弱精症，如输精管阻塞、先天性双侧输精管缺如以及输卵管结扎后子女伤亡，吻合输卵管失败或无法吻合者，是治疗男性不育的有效方法。由于严重少、弱精症是由染色体镶嵌型异常引起，先天性双侧输精管缺如则常与囊性纤维传导基因突变有关，两者都是遗传病，应用ICSI应告知遗传风险。妊娠后需进行详细产前检查，有异常须终止妊娠，或在胚胎移植前进行遗传学诊断，筛选优质胚胎移植。

（五）赠卵IVF-ET技术

适用于卵巢功能衰竭或无卵巢，女方有遗传性疾病或染色体异常。赠卵者要小于35岁，曾生过1胎，无家族遗传病史、精神病史，排除乙肝、丙肝、性传播疾病，智力、外貌好，血型与受者相符。技术上须将受者和供者的月经周期调整同步。

（文梅芸）

第六章

常见儿科疾病

第一节　常见新生儿疾病

一、新生儿肺炎

新生儿肺炎可分为吸入性和感染性肺炎两大类。吸入性肺炎又可分为羊水、胎粪和乳汁吸入性肺炎，胎粪吸入性肺炎症状重，病死率高，感染性肺炎可分为出生前、出生时和出生后感染，由细菌、病毒和原虫引起。本节主要讨论胎粪吸入性肺炎和感染性肺炎。

（一）胎粪吸入性肺炎（MAS）

胎粪吸入性肺炎多见于宫内窘迫的新生儿，以足月小样儿和过期产儿为多见。

【诊断要点】① 有宫内窘迫和羊水污染病史。② 有胎粪污染证据：新生儿 APgar 评分＜6 分，皮肤、指（趾）甲、口腔黏膜及脐带可见胎粪污染痕迹，或气管内吸出胎粪颗粒。③ 出生后不久或复苏后立即出现呼吸困难，缺氧重者出现神经系统症状。④ 体检胸廓隆起，呼吸音减低或有湿啰音；重者可并发气胸、纵隔积气或持续肺动脉高压（PPHN）。⑤ X线表现为肺气肿、肺不张和斑片状实变阴影，或弥漫性渗出影，可出现气胸、纵隔积气。

【鉴别诊断】主要与感染性肺炎鉴别，见表 6－1－1。

表 6－1－1　MAS 与 NIP 鉴别诊断

	MAS	NIP
病史	有慢性宫内缺氧史	常有窒息史，妊娠期间感染史
发病	出生后即出现呼吸困难	出生后开始无特殊症状
胎粪污染证据	常有	无
血气	pH↓、PaO_2↓、$PaCO_2$↑	变化不大
血白细胞	变化不大	稍升高
治疗	吸氧的机械通气	选用抗生素；保持呼吸道通畅

【治疗要点】治疗原则：保持呼吸道通畅，积极抗感染，及时处理并发症。治疗的关键在于产房复苏、合并气胸或纵隔积气的治疗、并发 PPHN 的处理、抗生素的应用、肺表面活性物质(PS)的应用。预后取决于病情轻重及治疗措施是否及时。

1. 一般治疗　气管插管吸净胎粪、保暖、供氧、保持呼吸道通畅、维持电解质、酸碱平衡。有并发症时对症治疗：机械通气、应用 PS、气胸的治疗、PPHN 的处理。

2. 药物治疗　抗感染及 PPHN 时应用药物。

(1) 抗感染，可用：

	药物	剂量	用法
	氨苄西林	100～150 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射　每日 2 次
或	哌拉西林	100～200 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射　每日 2 次
或	头孢噻肟钠	100 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射　每日 2 次

(2) 持续肺动脉高压可加用肺血管扩张剂：

	药物	剂量	用法
	酚妥拉明	0.3～0.5 mg/kg	静脉滴注　每日 2 次
	5%葡萄糖注射液	20 ml	1～6 小时可重复
或	硫酸镁(首剂)	200 mg/kg	静脉滴注　每日 2 次
	5%葡萄糖注射液	20 ml	维持　继后 20～50 mg/kg

【注意事项】① 肺血管扩张剂对体循环也同样有扩张血管的作用，因此应严密监测血压，维持收缩压在 50 mmHg 以上，必要时合用多巴胺 5～10 μg/(kg·min)静脉滴注。② 硫酸镁要配制成 5%的浓度缓慢静脉滴注。③ 治疗重点在吸出呼吸道的胎粪，在气道处理前不做正压呼吸。④ 若吸入 100%纯氧 PaO_2 仍低于 50 mmHg 或反复呼吸暂停的病儿可予机械通气。⑤ PPNH 表现为吸入高浓度纯氧也不能改善的紫绀，病死率高。⑥ 对严重 MAS 病儿在机械通气时，应随时注意气漏发生。⑦ MAS 病儿慎用糖皮质激素，发病 12 小时内使用地塞米松 1 周，可以显著提高肺通气功能，有助于停止使用机械通气。

(二) 感染性肺炎(NIP)

新生儿感染性肺炎是新生儿常见病，是引起新生儿死亡的重要原因。感染可发生在宫内、产程中或产后，由细菌、病毒、原虫、立克次体或真菌引起，可经胎盘、污粪的羊水、产道或医院内感染。

【诊断要点】① 有孕妇妊娠期感染或胎膜早破史，出生时感染者可有产程中吸入被病原菌污染的产道分泌物或断脐不洁史，出生后感染者多因密切接触有呼吸道感染史或病儿有其他部位感染史及接受过侵入性操

作史。② 临床主要表现为一般感染症状(如体温不升、发热、反应低下、拒奶等)、呼吸系统症状,体征往往不典型,多在生后12～48小时后开始出现。③ X线检查表现为两肺纹理增粗、两肺中下野斑片状阴影、肺不张。

【鉴别诊断】见表6-1-1。

【治疗要点】治疗原则:保持呼吸道通畅,积极抗感染及对症治疗。除了一般性治疗措施(如呼吸管理、酸中毒的处理等),抗生素的选择是很重要的一环。免疫疗法可提高病儿的免疫力,进一步促进抗生素的作用。

1. 一般治疗　注意保暖、供氧、雾化、翻身拍背、吸痰、体位引流,保持呼吸道通畅。

2. 药物治疗　根据可能的病原菌选用敏感的抗生素,重症肺炎症状不能缓解,可考虑机械通气、气管冲洗、应用PS等;检测血气分析纠正酸中毒;对重症患儿可静脉用人血免疫球蛋白。

(1) 控制细菌感染,疗程10～14日:

青霉素　20万～30万U/kg　(皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　20 ml　静脉滴注　每日2次

或　头孢唑林　50 mg/kg　(皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　5 ml　静脉注射　每日2次

或　氨苄西林　100～200 mg/kg　(皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　5 ml　静脉注射　每日2次

或　哌拉西林　100～200 mg/kg　(皮试阴性)
5%葡萄糖注射液　5 ml　静脉注射　每日2次

警示:① 出生前感染以G-杆菌为主,出生后感染以G+球菌多见,故通常以氨苄西林、哌拉西林、青霉素和头孢唑林作为一线用药。青霉素有过敏史要禁用青霉素与哌拉西林。② 若用药2～3日不见好转,或肺部病变严重,应及时调整抗生素。

(2) 衣原体肺炎,疗程2～3周:

红霉素　30～40 mg/kg
5%葡萄糖注射液　100～150 ml　静脉滴注　每日2次

(3) 病毒性肺炎,疗程5～7日:

干扰素α　10万～20万U　肌内注射　每日1次

(4) 呼吸道合胞病毒,可用三氮唑甘雾化吸入,巨细胞包涵体肺炎(重症)可用更昔洛韦。

(5) 新生儿尤其是早产儿免疫功能低下,重症病儿可加用免疫疗法:

血浆　5～10 ml/(kg·d)　静脉滴注　隔日1次

或　静脉注射用人血丙种球蛋白　400 mg/(kg·d)　静脉滴注　每日1

次　疗程3～5日

警示：静脉输注时速度不宜过快，以免加重心脏负荷。

【注意事项】① 新生儿感染性肺炎应及早选用抗生素，强调早期用药，静脉用药、联合给药，剂量、疗程要足，注意药物的不良反应。② 新生儿肺部感染时呼吸道分泌物大量增加，但由于新生儿气道狭窄，咳嗽无力，大量分泌物可阻塞气道，影响通气而发生呼吸暂停甚至窒息，要迅速有效地清理呼吸道分泌物，轻者应经常翻身、拍背、雾化和吸痰，重者可气管插管做气管内冲洗或机械通气。③ 及时请上级医院支援，加强医患沟通。

二、新生儿黄疸

黄疸是新生儿时期常见的症状，它是胆红素沉积在皮肤、黏膜及巩膜所致，尤其是早期新生儿(1周内)多见。大多数是生理性，但也有少数病理性黄疸，就要给予积极处理，否则能引起神经系统损害——“核黄疸”形成，导致儿童智力障碍等严重后遗症甚至死亡。所以非常重要的是区别是生理性还是病理性黄疸。

【诊断要点】

1. 生理性黄疸　是由于胎儿在宫内低氧环境下，血液中的红细胞生成过多，生后低氧得到改善，大量红细胞破坏，生成2倍于成人的胆红素，而新生儿肝脏不成熟，胆红素代谢受限等造成了新生儿一段时间的黄疸现象。① 生理性黄疸一般黄染不深，皮肤颜色为淡黄色，黄疸常限于面部和上半身[血清总胆红素10 mg/dl(170 μmol/L)]，黄疸时孩子一般情况良好，体温正常、食欲好、大小便的颜色正常、生长发育正常。② 黄疸一般生后2～3日开始出现。③ 黄疸逐渐加深，在第4～6日达高峰，以后逐渐减轻。④ 足月新儿黄疸一般在生后2周消退，早产儿一般在生后3周消退。⑤ 化验血清总胆红素一般在205 μmol/L(12 mg/dl)左右。

2. 病理性黄疸　是由于疾病引起胆红素代谢异常，以下任何一项均诊断为病理性黄疸：① 黄疸出现时间过早，生后24小时内出现或早产儿48小时内出现明显黄疸(黄染范围超过面部及上半身)。② 黄疸持续时间长，消退时间过晚，足月儿大于2周，早产儿大于3周，或退而又现。③ 黄疸程度过重，黄染达躯干及肘膝关节以下，血清总胆红素约15 mg(256 μmol/L)，明显黄染波及手足心，血清总胆红素约在20 mg(342 μmol/L)，或血清总胆红素超过12 mg(205 μmol/L)，每日上升速度超过5 mg(85 μmol/L)。

除黄疸外，伴有其他异常情况：① 黄疸24小时内出现，伴有面色苍

白，贫血和肝脾肿大，考虑母子血型不合溶血——ABO或RH溶血病，多见于母亲血型为O型，子为A型或B型。② 黄疸伴有患儿反应差，不吃，不哭，体温不升（或少吃、少动、少哭）或发热、有呕吐、肝脾肿大，多可找到感染灶（皮肤、脐部、呼吸道、消化道等），为感染性黄疸，如败血症。可分为宫内或生后感染；可见于细菌和病毒感染。③ 黄疸伴有消化道症状及肝脾大，而母亲有肝炎病史或病毒携带者（一般母亲产前都进行过各种病毒的检查），检查婴儿肝功能异常，患儿为肝炎。④ 黄疸进行性加重，皮肤颜色黄色夹有暗绿色，大便为灰白色，肝脏进行性增大，但食欲和生长发育好，考虑先天性胆道闭锁。⑤ 黄疸伴有头颅血肿及颅内出血。⑥ 母乳性黄疸：纯母乳喂养的新生儿在生理性黄疸已过，若黄疸持续加深，并持续时间长达数周或数月，但患儿食欲及生长发育均好。

【治疗要点】治疗原则：生理性黄疸不需要治疗；病理性黄疸，尤其发病早者，需积极治疗。

1. 一般治疗　积极去除病因；注意纠正低温，尽早喂养，热量不足注意补充，及时纠正缺氧、酸中毒；避免使用磺胺类、氯霉素、红霉素、利福平、引哚美辛（消炎痛）、维生素 K_3、维生素 K_4 等药物；光疗；换血。

2. 药物治疗　未结合胆红素增高者，首选治疗方案为光疗，黄疸重者输注血浆或白蛋白可降低游离未结合胆红素，预防核黄疸。

（1）高未结合胆红素病儿，可用：

血浆　10 ml/kg　静脉滴注　每日1次

或　白蛋白　1 g/kg
10%葡萄糖注射液　10～20 ml　静脉滴注　每日1次

（2）病儿一般情况良好，能口服时选用（不能作为主要治疗方法）酶诱导剂：

苯巴比妥　5 mg/(kg·d)　口服　每日3次

或　尼可刹米　100 mg/(kg·d)　口服　每日3次

（两种药物口服时首选苯巴比妥，2～3日后显现疗效）

【注意事项】① 光疗是降低血清未结合胆红素的简单易行的方法，既安全又无严重不良反应，应首选。早产儿、低体重儿或有缺氧、感染、酸中毒、脱水等应放宽指征。② 光疗出现青铜症时，停用光疗后可退。③ 如产前已知胎儿为母婴不合溶血，出生后黄疸出现即开始光疗。④ 宫内感染者需抗感染治疗，胆道闭锁病儿明确诊断后60日内手术。⑤ 及时与病儿家属沟通，交代病情及预后。⑥ 胆红素脑病指未结合胆红素浓度过高或由于血脑屏障通透性增强就可能导致神经细胞中毒性病变，常于出生后4～7日出现，晚期可出现黄疸四联症：手足徐动、眼球动作障碍、向上转困难及形成落日征，预后不良。

三、新生儿败血症

新生儿败血症是新生儿期致病菌进入血液循环并生长、繁殖，产生毒素而造成的全身感染。易并发脑膜炎（近 40%），病原菌以葡萄球菌最常见，依次为大肠杆菌、表皮葡萄球菌、克雷伯杆菌、沙门菌、微球菌等，是引起新生儿死亡的常见原因之一。

【诊断要点】① 胎膜早破、羊水混浊、脐炎、皮肤破损等感染史。② 临床特征主要是不吃、不哭、不动、发热或体温不升，并出现黄疸、肝脾肿大、皮肤瘀点、瘀斑，甚至出现休克。③ 血白细胞及中性粒细胞增高、CRP 升高、血培养阳性可确诊。本病极易并发化脓性脑膜炎及其他部位感染，应及早行脑脊液检查，以期早期发现，早期治疗。

【鉴别诊断】本病临床上分早发型与晚发型两种，其鉴别诊断如表 6－1－2。

表 6－1－2　早发型与晚发型新生儿败血症的鉴别

	早 发 型	晚 发 型
发病时间（日龄）	≤6 小时，通常在出生后 24 小时内	≥7 小时，（7～90 小时）
妊娠或产时并发症	－	±
病原菌来源	其母生殖道	其母生殖道，产后环境
临床表现	突然暴发，系统受损，肺炎常见	缓慢进行，局限性脑膜炎常见
死亡率	15%～50%	10%～20%

【治疗要点】治疗原则：积极抗感染，处理严重并发症，加强支持疗法和防治并发症。

1. 一般治疗　注意保暖，供给足够热量和液体，有气急、发绀者供氧，及时纠正水和电解质紊乱，处理局部病灶，加强口腔、皮肤的护理。

2. 药物治疗　主要用抗生素静脉注射及免疫治疗。出生 1 周以后革兰阳性球菌感染多见，常选用青霉素、头孢唑林等；出生 1 周以内革兰阴性杆菌感染多见，常用氨苄西林、头孢氨噻肟等。

(1) 革兰阳性球菌感染，可用：

青霉素　10 万～15 万 U/kg　（青霉素皮试阴性）
10%葡萄糖注射液　50 ml　静脉滴注　每日 2～3 次

或　头孢唑林　50 mg/kg　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　5 ml　静脉注射　每日 2 次

(2) 革兰阴性杆菌感染，可用：

	药物	剂量	用法
	氨苄西林	50～100 mg/kg	
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射 每日 2 次
或	头孢氨噻肟	100～150 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射 每日 2 次
或	头孢曲松	80～100 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射 每日 2 次

(3) 金黄色葡萄球菌败血症，可用：

	药物	剂量	用法
	氯唑西林(邻氯青霉素)	50～100 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射 每日 2～3 次
或	万古霉素	20～30 mg/kg	
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射 每日 2 次

(4) 铜绿假单胞菌(绿脓杆菌)败血症，可用：

	药物	剂量	用法
	头孢他啶(复达欣)	100～150 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射 每日 2 次
或	头孢曲松	80～100 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射 每日 2 次
或	头孢哌酮	100～150 mg/kg	(皮试阴性)
	5%葡萄糖注射液	5 ml	静脉注射 每日 2 次

【注意事项】① 密切监护生命体征(心率、脉搏、血压、血氧饱和度)，谨防休克、DIC 等。② 随时观察前囟、神志等病情变化，及时腰穿做脑脊液检查。③ 选用能透过血脑屏障的抗生素，强调早期用药，静脉、联合给药，剂量、疗程要足，注意药物的不良反应。④ 对有败血症临床表现者使用抗生素前做血培养检查。⑤ 可予静脉注射免疫球蛋白 400～500 mg/kg，每日 1 次，共 3～5 次。⑥ 休克者予血浆(10 ml/kg)或白蛋白(1 g/kg)扩容，无改善可予多巴胺 5～20 μg/(kg · min)静脉滴注，感染性休克可用糖皮质激素。⑦ 纤维连接蛋白(FN)：抗大肠杆菌、绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌三种免疫核糖核酸，已正式应用于本病的治疗。

四、 新生儿缺氧缺血性脑病

新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)是新生儿窒息后的严重并发症，病情重，病死率高，并可产生永久性神经功能障碍。HIE 临床特征为出生后 12 小时内发生意识障碍(如过度兴奋、嗜睡、抽搐、昏迷等)，部分患儿可出现脑干损害症状、中枢性呼吸衰竭，根据病情不同分为轻、中、重三度。

【诊断要点】① 具有明确的围产期缺氧史，有严重的宫内窘迫如胎心<100 次/分钟，羊水胎粪污染中度以上混浊，初生时窒息，Apgar 评分 1 分钟≤3 分，5 分钟<5 分等。② 生后 12 小时出现意识障碍、肢体颤抖、

凝视、嗜睡、昏睡甚至昏迷，原始反射异常等神经系统症状。病情较重时可有惊厥。③ 重症可出现脑干受损，表现为中枢性呼吸衰竭、瞳孔改变，光反射迟钝或消失等。④ 颅脑CT、MRI、超声、脑电图、脑干听觉及体感诱导电位有助于诊断。此外，注意与癫痫相鉴别，从病史及CT、脑电图变化鉴别不难。

【治疗要点】治疗原则：保持机体内环境稳定，维持血气和pH在正常范围、血糖在正常高限，维持心率正常、血压稳定，控制惊厥、脑水肿，消除脑干症状。

1. 一般治疗　加强监护，监测心率、呼吸、血压、血气分析、周围循环及尿量；保持呼吸道通畅，及时纠正低氧和高碳酸血症；控制摄入液量：60～80 ml/(kg·d)；供给适当的热量，纠正低血糖；用维生素K_1等止血药。

2. 对症治疗　控制惊厥，减轻脑水肿，消除脑干症状，并可予胞磷胆碱、脑活素、丽珠赛乐等改善预后。

(1) 控制惊厥，可用：

苯巴比妥	20 mg/kg(负荷量)	静脉注射(慢推5分钟)
5%葡萄糖注射液	5 ml	即刻
苯巴比妥	3～5 mg/kg(负荷量)	静脉注射　每日1次
5%葡萄糖注射液	5 ml	(负荷量12小时后)

警示：① 苯巴比妥负荷量20 mg/kg是安全的，超过30 mg/kg可能产生呼吸抑制作用。② 若给苯巴比妥后惊厥未能控制，可改用苯妥英钠，负荷量15～20 mg/kg，肌内注射或静脉注射，维持量3～5 mg/(kg·d)。

(2) 减轻脑水肿，可用：

呋塞米(速尿)　1 mg/kg　静脉注射　每6～8小时1次

或　20%甘露醇　0.25～0.5 g/kg　静脉注射　每4～6小时1次

警示：早期使用速尿或甘露醇，临床应争取在治疗开始48小时内使颅内压增高明显好转。

(3) 促进脑细胞功能恢复，可用：

脑活素	2～5 ml	静脉滴注　每日1次
10%葡萄糖注射液	50 ml	
胞磷胆碱(胞二磷胆碱)	100～200 mg	静脉滴注　每日1次
10%葡萄糖注射液	50 ml	

(4) 新生儿期治疗可用：丽珠赛乐　50 ml　或　复方丹参　6～10 ml　静脉滴注　每日1次　连用10日　共4～6个疗程

【注意事项】① 脑细胞代谢激活剂如胞磷胆碱、脑活素对中度HIE病儿疗效明显，对重度疗效较差。② HIE应强调早期干预、早期治疗，以

减少神经元死亡。③ 早期治疗中最重要最基本的措施是维持机体内环境的稳定，维持各脏器功能的正常运转，保证已受损害的神经细胞代谢逐渐恢复。④ 地塞米松对 HIE 脑水肿疗效不佳，可引起高血糖、应激性溃疡、免疫抑制等，故应慎用。⑤ 从新生儿期开始的早期良性育儿刺激能促进脑结构和功能代偿，有利于促进病儿的恢复和减轻后遗症。⑥ 轻者预后尚好，重者可引起智力障碍、脑瘫，甚至死亡。

五、 新生儿臂丛神经损伤

新生儿臂丛神经麻痹是最常见的周围神经损伤。臂丛神经由颈 5～8 及胸 1～2 脊神经组成，脊神经颈 5～6 称上束，颈 7 称中束，颈 8～胸(1～2)称下束。在分娩时造成损伤可伤及神经，或因周围组织出血、水肿而出现所支配的肌肉瘫痪。

【诊断要点】① 由于难产、臀位、肩娩出困难等因素，使臂丛神经过度牵拉受损，足月儿、大于胎龄儿多见。② 临床表现很易识别，即在引出拥抱反射时患侧肢体不出现任何运动，可伴锁骨上肿胀与锁骨骨折。③ 核磁共振成像检查确定损伤部位及其性质。近些年来，使用神经移植或神经转移术治疗臂丛神经的麻痹取得了一定的进展，改善了部分功能。但肢体能否恢复依赖于臂丛神经损伤的程度，大部分 2～3 个月恢复，如神经撕裂则留有永久麻痹。

【鉴别诊断】由于病因明确，易于识别，不易与其他疾病混淆。

【治疗要点】治疗原则：早期治疗为保守治疗，大部分 2～3 个月恢复，如 6 个月不能康复则预后不良。

1. 一般治疗　① 治疗措施都应轻柔以防臂丛神经出现新的损伤，开始的 4～5 日要保护上臂，直到水肿消退。让患儿肢体处于肩外展旋位，肘关节屈曲位，使肌肉处于松弛状态，以利于受伤处水肿及出血吸收。② 水肿消退后每天对肢体进行几次被动运动，以维持其屈曲功能。③ 数周后可进行针灸、按摩、被动运动，防止肌肉萎缩，促进肌肉运动。

2. 药物治疗　无特效药，近来有报道应用大量 B 族维生素和神经生长因子，配合针灸、按摩等措施有利于恢复。

3. 手术治疗　主要适用于痉挛型病儿，目标是矫正和预防畸形，改善功能。

【注意事项】① 确诊后立即治疗，早期不进行脊髓造影与外科探查。肌电图检查可为诊断提供依据。② 大部分 2～3 个月恢复，如 6 个月不恢复则需作神经吻合术，或神经移植或神经转移术。③ 恢复良好的临床指标是三角肌与肱二头肌的功能恢复。④ 基层医院如遇到此类病人应立即转上级医院诊治。

第二节　常见小儿疾病

一、小儿腹泻

小儿腹泻或称腹泻病，由多种病原、多种因素引起，临床特征是大便次数增多，大便性状改变，可同时伴脱水及酸中毒。是儿科常见病、多发病，尤其以 2 岁以下婴幼儿多见，可呈流行性，但多为散发，四季均可发病。由轮状病毒感染所致者多见于秋冬季节，大肠杆菌感染等引起者以夏季多见。1992 年我国腹泻病诊断治疗方案将腹泻病分为感染性（包括病毒、细菌、真菌、寄生虫等感染）和非感染性（包括食饵性、症状性、过敏性和其他原因）两大类，是造成小儿营养不良、生长发育障碍的主要原因。

【诊断要点】现将感染性腹泻的诊断要点简述如下：

1. 轮状病毒性肠炎（秋季腹泻）　① 起病急，常有发热，病初即有呕吐。② 多见于 6 个月至 2 岁的婴幼儿，秋冬季常见。③ 大便呈蛋花汤样或无色水样，带有少量黏液，无腥臭，镜检白细胞很少。④ 严重口渴，多为等渗或高渗性脱水。⑤ 无明显中毒症状，腹泻严重者可发生脱水，酸中毒及电解质紊乱。⑥ 抗生素治疗无效，病程约 5～7 日。

2. 金黄色葡萄球菌性肠炎　① 起病急，中毒症状重。② 多发生于长期应用大量广谱抗生素者。③ 大便为暗绿色水样便，似海水样，腹泻频繁，每日达 10～20 次或更多，可查见假膜，镜检可见多量脓球和革兰阳性球菌。④ 脱水及电解质紊乱严重，有时发生循环衰竭。

3. 真菌性肠炎　① 常发生于营养不良或长期应用广谱抗生素者。② 常伴有鹅口疮。③ 大便黄色，含泡沫多，有时呈豆腐渣状带有黏液。④ 大便镜检可见霉菌孢子及菌丝。

4. 致病性大肠杆菌性肠炎　① 常发生于 5～8 月份。② 起病较缓，初为轻型，不发热，很少呕吐，逐渐发展成为重型，发热、呕吐、脱水常同时存在。③ 大便呈蛋花汤样，腥臭，有黏液。④ 大便镜检有脂肪滴、黏液和少数白细胞。

【鉴别诊断】主要和非感染性腹泻相鉴别。非感染性大便为水样便，镜检无白细胞、脓球和病原菌，中毒症状较轻，结合病史较易鉴别。此外，以上 4 种感染性腹泻鉴别如前述。

脱水是小儿腹泻的一种严重表现，按脱水程度常分为：① 轻度脱水：失水量为体重的 5%（50 ml/kg）。精神稍差，口唇黏膜稍干，眼窝和前囟稍凹，哭时有泪，皮肤弹性正常，尿量稍减少。② 中度脱水：失水量为体重的 5%～10%（50～100 ml/kg）。精神萎靡，或烦躁不安，口唇黏膜干

燥，眼窝和前面明显凹陷，哭时泪少，皮肤弹性较差，尿量明显减少，四肢稍凉。③ 重度脱水：失水量为体重的10%以上(100～120 ml/kg)。精神极度萎靡，表情淡漠，口唇黏膜极度干燥，眼窝和前面深陷，哭时无泪，皮肤弹性极差，尿量较少或无尿，有休克现象。不同性质脱水见表6-2-1。

表6-2-1　不同性质脱水的鉴别

类　型	血清钠(mmol/L)	受影响部分	主要症状
等渗性脱水	130～150	细胞内外均等	重者循环衰竭
高渗性脱水	150	细胞内为主	神经症状
低渗性脱水	130	细胞外为主	循环障碍

【治疗要点】治疗原则：调整饮食，预防和纠正脱水，合理用药，加强护理，防治并发症。

1. 一般治疗　加强护理，调整饮食。母乳喂养的婴儿继续哺乳、暂停辅食，人工喂养者可喂以等量米汤或稀释牛奶。严重呕吐者暂禁食4～6小时，但不禁饮。病情好转逐步恢复病前饮食。

2. 液体疗法　轻中度脱水可口服补液，用口服补液盐(ORS)或改良ORS液(即米汤+食盐，或菜汤)，有呕吐致中度以上脱水需静脉补液，定量，定性，定时，缺多少，补多少，累积损失量补足后病儿病情好转可继续口服补液。

3. 药物治疗　病原治疗：感染性腹泻应针对病原治疗，如细菌感染选用敏感的抗菌药口服，不能口服者可静脉滴注，病毒感染可用利巴韦林；非感染性腹泻者治疗原发病。微生态疗法：有助于恢复肠道正常菌群的生态平衡，抑制病原菌定植和侵袭。肠黏膜保护剂：吸附病原体和毒素，增强肠黏膜屏障功能。

(1) 保护肠黏膜，调节肠道环境，适用于感染性和非感染性腹泻：

蒙脱石粉(必奇)　1/3～1包　口服　每日3次

双歧三联活菌制剂(培菲康)　1/2～1粒　口服　每日3次

(2) 抗病毒性感染，可用：

利巴韦林(病毒唑)颗粒　10～15 mg/kg　口服　每日3次

或　更昔洛韦　5 mg/kg
10%葡萄糖注射液　100 ml　｜　静脉滴注　每日2次

(3) 抗细菌感染，可用：

诺氟沙星(氟哌酸)　10～15 mg/kg　口服　每日3～4次

头孢噻肟钠　100 mg/kg　｜　(皮试阴性)
10%葡萄糖注射液　100 ml　｜　静脉滴注　每日2次

(4) 纠正水、电解质紊乱，可用：

轻度脱水：ORS	50～80 ml/(kg·d)	分3次冲服
中度脱水：ORS	80～100 ml/(kg·d)	

(5) 如呕吐严重伴中度脱水，予静脉补液：第1日补液

10%葡萄糖注射液	50 ml/kg	静脉滴注(8～12小时滴完)
10%氯化钠	2.5 ml/kg	
5%碳酸氢钠	3.5 ml/kg	

(6) 重度脱水：第1日补液

10%葡萄糖注射液	80 ml/kg	静脉滴注(8～12小时滴完)
10%氯化钠	5.0 ml/kg	
5%碳酸氢钠	8.0 ml/kg	

【注意事项】① 通常在治疗前4～6小时有排尿或输液后有尿时即开始按所测电解质适当补钾，氯化钾静脉滴注浓度常为0.2%，不超过0.3%，补钾时间不宜短于8小时。明显缺钾应连续补钾4～6日以上。合并营养不良和佝偻病者，应早期补钙；补液中出现抽搐者，应补钙。② 第1日补液量一定要补足，有利于缩短病程。③ 对大便无或少见白细胞者少用或不用抗菌药，用微生态制剂及肠黏膜保护制剂，避免肠道菌群失调。④ 抗生素应在补液量充足的前提下使用，以减少其不良反应。病毒性肠炎不宜用抗生素，以饮食疗法和对症处理为主。⑤ 注意监测电解质变化。

二、小儿上呼吸道感染

急性上呼吸道感染，简称“上感”，俗称“感冒”，是小儿最常见的疾病，其发病率为儿科疾病的首位，主要侵犯鼻、鼻窦、鼻咽部和咽部。

【诊断要点】① 以病毒感染多见，约占原发感染的90%，链球菌、肺炎支原体亦可引起感染。② 临床起病急，有发热、流涕、鼻塞、咽痛、咳嗽、打喷嚏等症状。③ 婴幼儿症状较重，起病后因高热易发生惊厥，易向邻近组织扩散，可并发鼻窦炎、中耳炎、淋巴结炎、口腔炎及结膜炎等，经对症治疗多可治愈，部分病儿可因并发症迁延不愈。婴幼儿每人每年可发病数次，一年四季均可发生。

【鉴别诊断】① 急性传染病早期：上感常为各种传染病的前驱症状，如麻疹、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、猩红热、脊髓灰质炎等，应结合流行病学资料，临床表现及实验室检查等综合分析，并观察病情演变加以鉴别。② 急性阑尾炎：上感伴腹痛者应与本病鉴别，本病腹痛常见于发热、腹痛部位以右下腹为主，呈持续性，有腹肌紧张和固定的压痛点，有明显的反跳痛，血白细胞及中性粒细胞增高。

【治疗要点】治疗原则：支持、对症、抗感染。

1. 一般治疗　休息，多饮水，物理降温，注意呼吸道隔离。

2. 药物治疗　病毒感染者初期选用抗病毒药物；如有细菌感染可选用抗生素；高热及全身症状重者对症处理；中药治疗可选用小柴胡冲剂。咳嗽可用复方甘草合剂或急支糖浆，鼻塞可用0.5%麻黄素滴鼻。

(1) 病毒感染初期，可用：

2%利巴韦林(病毒唑)滴鼻液　每次2～3滴　滴鼻　每1～2小时1次

或　利巴韦林(病毒唑)颗粒　10～15 mg/kg　口服　每日2～3次

或　利巴韦林(病毒唑)　10～15 mg/kg　肌内注射　每日2次

(2) 细菌感染者，可用：

阿莫西林干糖浆　50～100 mg/kg　口服　每日3次

或　青霉素　10万～20万U/kg　肌内注射　每日2次(青霉素皮试阴性)

(3) 高热时，可用：

扑热息痛　10～15 mg/kg　口服　4～6小时后重复1次

或　安乃近　10～15 mg/kg　肌内注射　每4～6小时可重复1次

(4) 中药治疗，学龄儿童可用：

小柴胡冲剂　1包　口服　每日2次

小柴胡、板蓝根、大青叶等均有清热解毒作用，可根据年龄酌情使用。

【注意事项】① 上呼吸道感染急性期病程约3～5日，如体温持续不退或病情加重，应考虑感染可能侵袭其他部位或在病毒感染基础上继发了细菌感染。② 上呼吸道感染的预防主要靠加强体质锻炼，增强抵抗力，避免去人多拥挤的公共场所，应用免疫球蛋白不能有效地降低上感发病率。③ 要特别注意婴幼儿患者，因本病少儿较轻，婴幼儿较重，一旦出现并发症易发生意外。④ 本病的并发症主要有：中耳炎、鼻窦炎、咽后壁脓肿、颈淋巴结炎、喉炎、气管炎、支气管肺炎、病毒性心肌炎等。少儿若患链球菌性上感可引起急性肾炎、风湿热等。这些并发症均较上感的后果严重，必须积极治疗。

三、小儿肺炎

肺炎系由不同病原体或不同因素所致的肺部炎症，发病率较高，以支气管肺炎较常见，是我国小儿死亡的第一位原因。

【诊断要点】① 全年均可发病，以冬、春季节较多见。营养不良、维生素D缺乏性佝偻病、先天性心脏病及低出生体重儿等更易发生本病。② 常见的病原体为细菌、病毒与支原体、衣原体等。③ 主要临床

表现为发热、咳痰、气促、呼吸困难和肺部固定性中、细湿啰音。重症可累及循环、神经及消化系统而出现相应的临床症状，如心力衰竭、中毒性脑病，严重威胁小儿健康。④ 胸部 X 线及病原学检查有助于诊断。

【鉴别诊断】① 急性支气管炎：以咳嗽为主，一般无发热或仅有低热，胸部可闻及干啰音。② 肺结核：可根据结核接触史、OTT 试验，胸片、血沉等相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：积极控制感染，改善通气功能，对症治疗，同时治疗并发症与合并症。

1. 一般治疗　保持室内空气流通；保持呼吸道通畅，清除呼吸道分泌物；加强营养，保证每日蛋白质、维生素及水分的摄入；避免交叉感染，必要时吸氧。

2. 药物治疗　积极抗感染。

(1) 轻症细菌性肺炎，可用：

青霉素　10 万～20 万 U/kg　（皮试阴性）
10%葡萄糖注射液　100～250 ml　静脉滴注　每日 2 次

或　头孢唑林　50～100 mg/kg　（皮试阴性）
10%葡萄糖注射液　100 ml　静脉滴注　每日 2 次

警示：青霉素钠或青霉素钾 100 万 U 含 Na^+ 或 K^+ 约 1.7 mmol/L，大剂量应用时需注意监测电解质的变化。

(2) 重症肺炎：在进行抗感染、一般对症治疗的同时，应注意纠正心力衰竭等。

头孢曲松(罗氏芬)　50～100 mg/kg　（皮试阴性）
生理盐水　5 ml　静脉注射　每日 1 次

呋塞米(速尿)　1 mg/kg　静脉注射　6～8 小时后可重复

毒毛花苷 K(西地兰)　0.007～0.01 mg/kg　静脉注射(缓慢)
5%葡萄糖注射液　5 ml　6～12 小时后可重复

(3) 病毒性肺炎，可用：

利巴韦林(病毒唑)　10～15 mg/kg
生理盐水　10 ml　雾化吸入　每日 2 次

或　更昔洛韦　5 mg/kg
10%葡萄糖注射液　100～250 ml　静脉滴注　每日 2 次

或　干扰素　5 万～10 万 U/kg　肌内注射　每日 1 次

(4) 金黄色葡萄球菌肺炎，对耐青霉素病儿可选用：

苯唑西林(新青霉素Ⅱ)　50～100 mg/kg　（皮试阴性）
5%葡萄糖注射液　100～250 ml　静脉滴注　每日 2 次

或	万古霉素	20～30 mg/kg	静脉滴注　每日2次　[适用于耐青霉素V(甲氧苯青霉素)金黄色葡萄球菌感染MRSA]
	5%葡萄糖注射液	250 ml	

警示：万古霉素有耳、肾毒性，肝肾功能不全者慎用或不用，注意监测尿常规和肾功能。滴注浓度过高、滴速过快可致静脉炎。

(5) 支原体肺炎，可用：

	红霉素	30～50 mg/kg	静脉滴注　每日2次
	5%葡萄糖注射液	250～500 ml	连用2～3周
或	阿奇霉素	6～10 mg/kg	
	5%葡萄糖注射液	250～500 ml	静脉滴注　每日1次

警示：用药3日后停用4日为1疗程，长期应用注意肝脏毒性。

【注意事项】① 肺炎是下呼吸道感染，其病原以细菌居多。病毒性肺炎病程大于3日者往往合并细菌感染，故需联合应用抗生素。② 抗生素使用原则：根据病原菌选用敏感抗生素；早期治疗；联合用药；选用渗入下呼吸道浓度高的药物；足量、足疗程，重症宜静脉用药。可参阅成人肺炎。③ 世界卫生组织(WHO)推荐肺炎一线抗生素为青霉素、氨苄西林(氨苄青霉素)和复方新诺明、阿莫西林(羟氨苄青霉素)；我国卫生部对轻症肺炎推荐使用头孢氨苄。④ 重症肺炎除呼吸系统外常合并其他系统损害，常见的并发症为心力衰竭，处理原则为镇静、吸氧、强心、利尿。应转上级医院诊治。⑤ 金黄色葡萄球菌肺炎病情重，发展快，易发生脓胸、气胸等并发症，基层医院缺乏处理条件，应及时与家属沟通，以减少医疗纠纷。

四、 小儿贫血

贫血是小儿时期常见的一种症状，当外周血中单位容积内的红细胞数、血红蛋白或红细胞压积低于正常时称贫血。我国小儿血液学组(1989年)暂定：血红蛋白在新生儿期<145 g/L，1～4个月<90 g/L，4～6个月<100 g/L者为贫血。临床上常分为缺铁性贫血、营养性巨幼细胞贫血、自身免疫性溶血性贫血和再生障碍性贫血。

【诊断要点】① 常有营养不良及严重慢性疾病史。② 以6个月～2岁常见，临床表现与其病因、程度轻重、发生急慢等因素有关。常见皮肤黏膜苍白为突出表现，可伴有肝脾肿大和淋巴结肿大。实验室检查血红蛋白降低。

【鉴别诊断】参见成人贫血章节。

【治疗要点】治疗原则：祛除或纠正引起贫血的原因，针对病因选择有效的药物，给予针对性治疗和对症治疗。

1. 一般治疗　加强护理，预防感染，改善饮食质量和搭配。

2. 药物治疗　根据贫血的病因，选用不同的药物。

(1) 营养性缺铁性贫血，可用：

硫酸亚铁　1岁以下　60 mg　口服　每日3次
　　　　　1～5岁　120 mg　口服　每日3次
　　　　　6～12岁　0.3 g　口服　每日2次

或　葡萄糖酸亚铁　10 mg/kg　口服　每日3次

或　富马酸铁　1岁以下　35 mg　口服　每日3次
　　　　　　　1～5岁　70 mg　口服　每日3次
　　　　　　　6～12岁　140 mg　口服　每日3次

或　琥珀酸亚铁　3～6 mg/kg　口服　每日3次

维生素C　50～100 mg　口服　每日2次

(2) 营养性巨幼细胞贫血，可用：

维生素B_{12}　100 μg　肌内注射　每周2～3次　连续2～4周

或(和)　叶酸　5 μg　口服　每日3次　连用2周后　可改为　每日1次　疗程一般3～4周

(3) 再生障碍性贫血，可用：

丙酸睾丸酮　1～2 mg/(kg·d)　肌内注射　每日1次　连用3～6个月

或　康力龙　1～3 mg　口服　每日3次

泼尼松　10 mg/(m^2·d)　口服，每日1次　连服14日

或　甲基泼尼松龙　20 mg/kg　静脉注射　每日1次　连用14日，需按糖皮质激素使用规范逐渐减量停药。

或　抗胸腺细胞球蛋白(ATG)　10 mg/kg　持续静脉滴注10～12小时，连用5日，对于重型患者，首选骨髓移植或ATG，亦可考虑造血干细胞移植

【注意事项】① 对于任何贫血病儿，必须查明其贫血的性质和原因，根据贫血性质和病因进行针对性治疗，切不可在确诊前滥用维生素B_{12}和铁剂等药物。② 祛除病因是治疗贫血的关键，有些贫血在病因祛除后，很快可以治愈。因此，对一些贫血原因暂未明的应积极寻找并予以祛除。③ 口服铁剂的剂量为元素铁每日4～6 mg/kg，分3次口服，一次量不应超过元素铁1.5～2 mg/kg。硫酸亚铁含元素铁20%，富马酸铁含元素铁33%，葡萄糖酸亚铁含元素铁12%，琥珀酸亚铁含元素铁35%。铁剂以在两餐之间口服为宜，可减少胃肠道的不良反应。通常在口服铁剂2～3日后，网织红细胞开始上升，5～7日达高峰，2～3周后下降至正常，为铁剂治疗有效的指标。血红蛋白一般在治疗1～2周后逐渐上升，通常于治

疗后3～4周达到正常，如治疗3周内血红蛋白上升不足20 g/L，应查找原因。在血红蛋白恢复正常后需继续服用铁剂6～8周，以增加铁储存，总疗程3～5个月。④ 营养性巨幼细胞贫血是由于维生素B_{12}或(和)叶酸缺乏所致的一种大细胞性贫血。单纯缺乏维生素B_{12}(有精神神经症状者)不宜给予叶酸，以免加重精神神经症状。维生素B_{12}和叶酸一般用至临床症状好转，血象恢复正常为止。治疗后的效应为网织红细胞于用药后2～4日开始上升，5～7日达高峰。此时红细胞和血红蛋白量迅速上升，给药2～4日后即可见精神好转，食欲转佳，震颤消失较慢，大多需要1个月以上。恢复期应加用铁剂，以免红细胞增生旺盛时发生铁缺乏。

五、 营养不良（蛋白质—能量营养不良）

营养不良是由于长期缺乏热量和(或)蛋白质所致的营养缺乏症，主要见于3岁以下的婴幼儿，临床特点为体重下降、渐进性消瘦或水肿、皮下脂肪减少或消失，常伴有各器官不同程度的功能紊乱和性格、行为、心理等改变。

【诊断要点】① 多有长期喂养不当或长期偏食、能量摄入不足。② 常有腹泻、肠吸收不良、先天畸形(唇腭裂)、肝炎、菌痢、肺结核病及先天不足(早产、多胎)等病史。③ 发病可急可缓，急性者常伴有水、电解质紊乱，慢性者常伴有多种营养素缺乏，生长发育迟缓、停滞、贫血等。④ 体重低下、生长迟缓、消瘦是判断营养不良的三项指标。

【鉴别诊断】营养不良程度分三度，见表6-2-2。

表6-2-2　营养不良分度

	Ⅰ度(轻)	Ⅱ度(中)	Ⅲ度(重)
体重低于正常均值	15%～25%	25%～40%	40%以上
腹部脂肪厚度	0.8～0.4 cm	0.4 cm以下	消失
肌张力	基本正常	减低、肌肉松弛	低下，肌肉萎缩
精神状态	基本正常	不稳定，易疲乏、烦躁不安	精神萎靡、反应低下、抑制与烦躁交替

重度营养不良临床表现分三型：① 消瘦型：以缺乏能量为主，皮下脂肪变薄，肌肉减少，皮肤干枯、多皱、失去弹性和光泽，呈老人脸，骨瘦如柴，无水肿，总蛋白、白蛋白正常。② 水肿型：以蛋白质缺乏为主，特点为水肿，毛发稀疏，无光泽、易折断和脱落、皮肤干燥、肝肿大，总蛋白、白蛋白明显降低。③ 混合型：消瘦和水肿同时存在。

【治疗要点】治疗原则：积极处理各种危及生命的并发症，祛除病因，调整饮食，促进消化功能恢复。

1. 一般治疗　及早纠正消化道畸形，控制感染性疾病，根治各种消耗性疾病。提倡母乳喂养，及时添加辅食，保证优质蛋白质的摄入量，合理安排生活制度，保证充足的睡眠时间，改进喂养方法，合理供给热量和蛋白质，按营养缺乏程度及消化吸收功能分别处理。

2. 调整饮食，补充营养，注意改进喂养方法，做到由少到多、由稀到稠、由单一到多样化，直至恢复正常现象。

(1) 轻度营养不良：可维持原食谱不变，能量可由 120 kcal/(kg・d) 逐渐增至 140 kcal/(kg・d)。

(2) 中至重度营养不良：可参照原来的饮食情况进行调整，从 60 kcal/(kg・d)逐渐增加至 120 kcal/(kg・d)，乃至 170 kcal/(kg・d)。蛋白质可从 1.5～2 g/(kg・d)逐渐增加至 3～4.5 g/(kg・d)。

3. 药物治疗　根据病情选用助消化药，合理使用蛋白质同化类固醇制剂和胰岛素。

(1) 补充各种消化酶、维生素及微量元素：

胃蛋白酶合剂　2 岁以下　2.5 ml　口服　每日 3 次
　　　　　　　2 岁以上　3～5 ml　口服　每日 3 次

或　多酶片　5 岁以上　1 片　饭前口服　每日 3 次

复合维生素 B 片　1 片　口服　每日 3 次

元素锌　0.5～1 mg/(kg・d)　分 3 次　口服　连用约 4 周

(2) 用于食欲差或拒绝进食者，可用：

胰岛素　2～3 U　皮下注射　每日 1 次　疗程 1～2 周

警示：胰岛素注射可降低血糖，增加饥饿感，提高食欲，每次注射前应先检测血糖，并给服葡萄糖 20～30 g 或静脉注射 25% 葡萄糖液 40～60 ml，以防发生低血糖。

(3) 中度或重度营养不良，可用：

苯丙酸诺龙　10～25 mg　肌内注射　每周 1～2 次　连用 2～3 周　能促进蛋白质合成　并能增加食欲

【注意事项】① 本病调整饮食极为重要，调整的原则是：由少到多，由稀到稠，由单一到多样化，直至小儿恢复到正常饮食。必要时请营养医师或小儿科医师指导。② 营养的供给需循序渐进，由少到正常需要量，不宜过快，以免引起消化不良、腹泻。③ 病情严重者，可给予要素饮食或进行胃肠道外全营养，酌情选用葡萄糖、氨基酸、脂肪乳剂、白蛋白静脉滴注。④ 营养不良伴发贫血及多种维生素缺乏者应予相应治疗。

六、 锌缺乏症

锌缺乏症是由于体内锌含量不足，导致体内多种酶的活性降低，从而

影响人体各种生理功能的一种全身性疾病。

【诊断要点】① 有经常腹泻及食用植物性食物为主的病史。有偏食、挑食不良饮食习惯的病史。② 多见于早产、双胎、多胎儿、人工喂养及营养不良的 6 岁以下小儿。③ 临床主要表现为食欲减退、慢性腹泻、厌食、生长发育障碍、创伤愈合迁延、反复感染、性成熟障碍等。④ 血清锌＜11.47 μmol/L，锌剂治疗有显著效果。

【鉴别诊断】需注意与小儿慢性腹泻鉴别，可通过血清锌检查，病史加以鉴别。

【治疗要点】治疗原则：查明原因，合理饮食，适当补充锌制剂。

1. 一般治疗　鼓励母乳喂养，合理膳食，适当增加富含锌的食物，如肝、鱼、瘦肉、禽蛋、牡蛎、坚果类等，及时纠正缺锌的原因，治疗原发病。

2. 药物治疗　常用锌剂有：葡萄糖酸锌、硫酸锌、醋酸锌，每日剂量按 0.5～1 mg/kg 元素锌计算，相当于：葡萄糖酸锌 3.5～7 mg/(kg・d)，硫酸锌 1.5～3 mg/(kg・d)，疗程 1～3 个月。对于不能口服或口服后吸收不良患儿，则给予静脉补充锌剂，每日剂量按元素锌计算：早产儿 300 μg/kg，1 岁内 100 μg/kg，1 岁以上 3～5 mg/d。

【注意事项】① 长期静脉输入高能量者，每日锌用量为：早产儿 0.3 mg/kg，足月儿～5 岁 0.1 mg/kg，＞5 岁，2.5～4 mg，最大量不超过 4 mg。② 锌制剂过量可影响铁的吸收，应在确诊缺锌时使用。③ 注意防止锌中毒。目前社会上有滥用锌的倾向，经常有些父母带孩子检查血锌，惊讶地发现，不是过低，而是过高。急性锌中毒表现有腹泻、呕吐和嗜睡等。长期过量使用可引起铜缺乏所致的贫血。静脉输入过量可致少尿、低血压、腹泻、呕吐、黄疸和肺水肿。

七、 维生素 A 缺乏症

维生素 A 缺乏症可因饮食中缺乏维生素 A 所致，如长期以米糊等谷类、糖类食物喂养，未及时添加辅食，食物中缺乏脂肪、肉类、肝、蛋黄、乳类、红黄色蔬菜(胡萝卜、菠菜、南瓜、西红柿)；在某些疾病如慢性腹泻、脂肪泻、肝胆疾病、迁延性肺炎、各种传染病等疾病过程中维生素 A 吸收障碍和(或)消耗增加均可引起此病，各年龄均可发病，以婴幼儿多见。主要表现为眼结合膜与角膜干燥，暗光下视力差，皮肤干燥、毛囊角化。

【诊断要点】① 有维生素 A 摄入不足、吸收不良、需要量增加和营养代谢障碍者。② 临床表现：A. 眼：早期为夜盲、视敏度降低；畏光、干眼、泪少，出现毕脱斑(Bitot spot)；严重者角膜混浊、坏死、溃疡，甚至穿孔、失明；B. 皮肤：干燥脱屑、角化增生、毛囊突出呈粗沙样改变，以上、下肢伸侧为重；毛发枯黄，易脱落，指(趾)甲失去光泽、易折断；C. 其他：反

复呼吸道及泌尿道感染，且迁延不愈。舌乳头肥大或萎缩。婴幼儿可影响体格发育。③ 血清维生素 A 浓度测定，低于 0.68 μmol/L 可确诊。若低于 1.02 μmol/L 可诊断为亚临床维生素 A 缺乏症。

【鉴别诊断】泌尿道感染：易与维生素 A 引起的混淆，可通过尿液检查相鉴别：取新鲜中段尿 10 ml，加 1%龙胆紫数滴，上皮细胞计数>3 个/mm^3，可排除泌尿道感染。尿沉渣检查发现角化上皮细胞更有利于诊断。

【治疗要点】治疗原则：调整饮食，去除病因，对症用药。

1. 一般治疗　去除病因，调整饮食，给予维生素 A 丰富的食物；在治疗继发感染时，同时治疗并存的营养缺乏症。

2. 维生素 A 治疗

(1) 轻症：口服维生素 A 每日总量 7 500～15 000 μg(2.5 万～5 万 U)，分 2～3 次服用。

(2) 重症：肌内注射维生素 A 每日 3 000 μg/(kg·d)(1 万 U/kg)，4～5 日后改为 7 500 μg(2.5 万 U)/d；或深部肌内注射维生素 AD 制剂 0.5～1 ml/d，3～5 日后症状好转即改为口服鱼肝油或维生素 A 胶丸，症状消失后继续口服预防量。在维生素 A 治疗时，同时给予适量维生素 E 可提高疗效。

3. 眼部治疗　早期使用 0.25%氯霉素眼药水或 0.5%红霉素或金霉素眼膏，以防止继发感染和角膜溃疡穿孔；有溃疡者，用消毒鱼肝油及抗生素眼药水(0.1%利福平或 0.5%卡那霉素)滴眼，每 1～1.5 小时交替滴眼 1 次，并用 1%阿托品扩瞳，以防虹膜粘连。

【注意事项】① 提倡母乳喂养，人工喂养儿应及时添加富含维生素 A 的胡萝卜、蛋黄等食物。② 维生素 A 每日生理需要量 30 U/kg；每日预防量 4 岁以下 2 500 U，4 岁以上 5 000 U。③ 积极治疗慢性消化功能紊乱、长期感染、肝胆疾患及消耗性疾病，并及早补充维生素 A。④ 要求母亲在孕期多食含有维生素 A 及胡萝卜素的食物，以免产生维生素 A 缺乏，影响胎儿的发育。⑤ 注意防止维生素 A 中毒：维生素 A 摄入过量可发生急、慢性维生素 A 中毒症。急性中毒多为一次误服大量鱼肝油丸或维生素 A 滴剂引起；慢性中毒则系长期给予大剂量维生素 A 所致。6 个月～3 岁的婴幼儿多见。如小儿 1 次剂量超过 90 mg(30 万 U)就可发生急性中毒；婴幼儿每日平均服 7.5 mg(2.5 万 U)持续 1 个月，可导致慢性中毒。

维生素 A 中毒：① 急性中毒：婴幼儿以颅内压增高症状为主，出现头痛、呕吐、烦躁或嗜睡、前囟隆起、眼震颤、复视、视神经乳头水肿等。② 慢性中毒：出现较缓慢，表现多样化，早期不易引起注意。主要表现为慢性病症状和骨骼症状，如食欲不振、易激惹、烦躁、皮肤瘙痒、干燥发亮、

脱皮和色素沉着、口唇皲裂易出血、肝脾肿大。常有转移性长骨疼痛伴软组织肿胀、压痛而无发热变红，以前臂、小腿多见。③ 血清维生素 A 浓度测定，高于 5.0 μmol/L，血清碱性磷酸酶增高。④ X线检查：骨皮质增厚，骨膜下新骨形成，以长骨中段尤为明显。⑤ 一旦确诊应立即停用。急性中毒可于 1 周内症状迅速消失。慢性中毒症状也于 1～2 周后逐渐消失。有出血倾向时应给予维生素 K 治疗。

八、 维生素 B_1 缺乏症

维生素 B_1 缺乏症又称脚气病，多见于以精白米为主食的地区。其临床特点以水肿、心脏损伤、神经炎、胃肠功能紊乱为主。任何年龄均可发病。

【诊断要点】

1. 母乳喂养者其母亲膳食中缺乏维生素 B_1 和有脚气病的表现；人工喂养者则缺乏维生素 B_1 的补充。米麦类加工过精，或米淘洗次数过多，习惯食捞饭弃米汤以及长期偏食等均可致其缺乏。

2. 临床表现

(1) 婴幼儿：起病较急，常累及消化系统，如食欲减退、恶心、呕吐、腹泻或便秘，伴腹痛、腹胀。可分为：① 脑型：以神经系统症状为主，烦躁不安，哭声嘶哑，甚至失音，对周围环境反应迟钝、淡漠、喂食呛咳，严重时发生昏迷、惊厥，病情进展迅速，预后差，死亡率高。② 心型：突然出现心力衰竭的症状，可有全身皮肤发绀、水肿、若不及时处理，可迅速死亡。

(2) 年长儿：起病缓慢，食欲差，全身衰弱，腹泻或便秘，以水肿或多发性周围神经炎为主。

(3) 尿硫胺素浓度下降；血丙酮酸、乳酸含量增高；红细胞转酮酶活性降低。

【鉴别诊断】本病注意与神经系统感染、神经炎等病鉴别，通过病史、尿硫胺检查、病例反射检查易于鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据病情制定治疗方案。

(1) 轻症：婴儿补充维生素 B_1 15 mg/d，年长儿 30 mg/d，分 3 次口服，一般均可于 2～3 日症状迅速好转。

(2) 重型：必须分秒必争地进行抢救。对脑型或心型者，立即静脉注射丙硫硫胺(优硫胺)或呋喃硫胺 50～100 mg，必要时隔 3 小时可重复使用；症状控制后，剂量减少或改为每日 2～3 次，继续使用 1 周。同时进行对症治疗，吸氧、纠酸、利尿。在抢救中慎用高渗葡萄糖和糖皮质激素。同时补充其他维生素。

【注意事项】① 婴幼儿、孕妇、乳母均不宜以精白米为长期主食，常食

含维生素 B_1 丰富的食物。乳母应同时治疗，每日服维生素 B_1 60～100 mg。② 人工喂养者应及时添加辅食。③ 每日维生素 B_1 需要量：婴儿 0.5 mg，儿童 1～1.5 mg，孕母和乳母 2 mg。④ 若在治疗好转时，偶尔可出现突然心力衰竭死亡，可能与治疗量不足或心肌严重损害有关。

九、 维生素 B_2 缺乏症

维生素 B_2 缺乏症又称核黄素缺乏症，是体内维生素 B_2 缺乏所致，多与其他 B 族维生素缺乏同时出现。

【诊断要点】① 常有维生素 B_2 膳食摄入量不足、吸收不良（慢性腹泻、肝部）或需要量增加（感染性疾病、创伤、快速生长期及新生儿高胆红素血症光疗时）等病史。② 临床主要表现为唇舌症状（口角炎、舌炎、唇炎）、眼部症状（血管增生性结膜角膜炎）和皮肤症状（脂溢性皮炎）。③ 24 小时尿液核黄素排出量<30 μg。

【鉴别诊断】注意与其他原因引起的口角炎、舌炎、唇炎、结膜炎、角膜炎、脂溢性皮炎相鉴别，一般通过询问病史不难鉴别，有条件时检测 24 小时尿液核黄素排出量。

【治疗要点】治疗原则：去除病因，平衡饮食，补充核黄素。一般病例口服维生素 B_2 5 mg，每日 3 次，症状大多于 2 周左右消失。有腹泻或肠吸收不良者，每日肌内注射维生素 B_2 5～10 mg，待症状消失后改每日口服需要量。疑有烟酸同时缺乏者，加服烟酸 100～300 mg/d，分 3 次口服，痊愈后改为饮食治疗。

【注意事项】① 本病口部表现突出，呈现口唇干裂、发红、疼痛、口角糜烂，裂纹可由口角向外延伸 1～2 cm。唇部呈绯红色，纵裂增多，舌面光滑，红中泛微蓝，毛孔增大，时发时愈。② 选择食用富含核黄素的蔬菜、豆类、肉类、肝、肾、心等。③ 每日核黄素需要量：婴儿 1 mg，儿童 2 mg。

十、 维生素 C 缺乏症

维生素 C 缺乏症又称坏血病，是由于人体长期缺乏维生素 C（又称抗坏血酸）引起的全身性疾病。其临床特点为出血倾向和骨骼病变。任何年龄均可发病，以婴幼儿多见。

【诊断】① 有乳母饮食中长期缺乏维生素 C 和长期人工喂养者又未按时添加水果、蔬菜等辅食等病史。② 多见于 6 个月至 2 岁的婴幼儿。起病较缓慢，首先表现为厌食、烦躁或萎靡、面色苍白、生长缓慢、反复感染等非特异性病状。随之全身各处均有不同程度的出血，但以长骨（股骨下端、胫骨近端）骨膜下出血为多见。其次为皮肤、黏膜、齿龈及结合膜等部位，甚至有便血、血尿、颅内出血。两下肢因骨膜下出血及骨干骺端脱

位分离，引起膝关节上下部位肿痛，下肢呈蛙状腿，膝关节半屈固定，不喜挪动或抱起，而出现假性瘫痪。③ 长骨 X 线摄片：骨干骺端临时钙化带增厚致密，有锯状突；骨干骺分离、脱位或半脱位；骨四周钙化、中央骨质萎缩，呈毛玻璃状；骨膜下血肿呈哑铃状、杵状或梭状等；骨皮质变薄，骨质疏松，骨小梁消失。本病可在肋骨及肋软骨交界处形成坏血病串珠。④ 毛细血管脆性试验呈阳性。⑤ 血清维生素 C 含量低于 5.68 μmol/L。⑥ 维生素 C 负荷试验，尿排出量<50%。

【鉴别诊断】① 坏血病串珠应注意与佝偻病串珠鉴别：A. 佝偻病串珠两侧对称；B. 佝偻病串珠为缺乏钙及维生素 D 引起，监测维生素 C、D 即可鉴别。② 与铜缺乏症鉴别：由于铜和维生素 C 均为胶原合成所需，因而，当两者缺乏时可有相同的骨骼改变和 X 线特征，鉴别主要依靠检血清铜和维生素 C 含量测定。此外尚应注意肢体肿痛应与感染鉴别，假性瘫痪应与脊髓灰质炎鉴别，出血应与其他出血性疾病鉴别。

【治疗要点】治疗原则：针对病因，对症处理。一般每日口服维生素 500 mg；重症患者或不能口服者应每日静脉注射 1 000 mg，1～3 日后改口服治疗，共 2～3 周。在治疗后 1～2 日内症状明显改善。骨骼病变明显的患儿应减少搬动、保持安静，以防骨折及骨脱位。有牙龈出血者要注意口腔卫生。

【注意事项】① 鼓励母乳喂养，孕妇、乳母应多食富含维生素 C 的食物；人工喂养者应及时添加含维生素 C 丰富的食物或维生素 C 制剂。② 每日需要量：婴儿 30～35 mg，幼儿 40～50 mg，年长儿 50～75 mg，早产儿 100 mg。患急、慢性疾病或手术创伤后需要量应适当增加。早产儿、双胎儿生后 2 周应同时补充维生素 D 800 U/d，3 个月后改预防量，足月儿开始 2 周补 400 U/d。

十一、 维生素 D 缺乏性佝偻病

维生素 D 缺乏性佝偻病是因体内维生素 D 所致全身钙、磷代谢失常和骨骼改变为主的慢性营养缺乏病。主要见于婴幼儿。其临床特点为骨骼改变、肌肉松弛和非特异性神经精神症状。偶有孕母严重缺乏维生素 D 致胎儿佝偻病（先天性佝偻病），出生后即有病状和骨骼改变。

【诊断要点】

1. 有阳光照射不足、维生素 D 摄入不足、食物中钙磷含量过低或比例不当、需要量增加（如早产儿、双胎、生长速度快）、疾病影响（如肝、肾疾病）或其他因素（如长期使用抗癫痫药物、糖皮质激素）等病史。

2. 临床表现

(1) 活动初期：以非特异性神经精神症状为主，如夜惊、多汗、烦躁不

安等。体征为枕秃，轻度骨骼改变。血生化改变轻微。

（2）活动激期：除有初期的非特异性神经精神症状外，同时有骨骼改变，如3～6个月婴儿有颅骨软化，8～9个月可见方颅，前囟迟闭至2～3岁，出牙顺序颠倒；1岁左右可见肋骨串珠，甚至有肋膈沟、鸡胸或漏斗胸；6个月以上婴儿可见手镯或脚镯，开始行走后下肢可见“O”形腿或“X”形腿。另外，全身肌肉松弛，肌张力低下，甚至有语言发育迟缓，免疫功能低下。血生化改变明显，血钙、磷均降低，碱性磷酸酶增高。X线片可见干骺端临时钙化带模糊或消失，呈毛刷状或杯口状改变，骨骺软骨明显增宽，骨质疏松。

（3）恢复期：经治疗后症状改善，体征逐渐减轻至恢复。血钙、磷浓度数日内恢复正常，X线表现2～3周后开始改善，碱性磷酸酶4～6周恢复正常。

（4）后遗症期：症状消失，仅留不同程度的骨骺畸形。

【鉴别诊断】① 维生素D代谢障碍性佝偻病：本病维生素D来源充足，因肝或肾的病变使25-$(OH)_2D$及或1,25-$(OH)_2D$生成减少而致病。或由于药物如苯妥因钠、苯巴比妥等加速维生素D在体内代谢而致病。治疗时前者需用25-$(OH)_2D$或1,25-$(OH)_2D$，后者需加大维生素D用量。② 非1,25-$(OH)_2D$缺乏性佝偻病：本病是一种先天性或无性肾小管病变，对1,25-$(OH)_2D$缺乏效应。或本身病变使肾脏调节钙磷平衡和酸碱平衡的能力下降，从而直接或间接影响骨骼的钙、磷代谢而发病。见于先天性肾小管回吸收障碍低血磷性抗D佝偻病，范可尼综合征和肾小管酸中毒。其他尚应注意与呆小病、软骨营养障碍、脑积水、成骨不全等相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：查清病因，对症治疗。

1. 一般治疗　加强护理，提倡母乳喂养，及时添加含维生素D丰富的辅食，无母乳者哺以维生素D强化牛奶或奶粉。坚持晒太阳，切勿久坐、久站及早走，以防止骨骼畸形。

2. 对症治疗：主要使用维生素D。

（1）口服法：

初期：维生素D 0.5万～1万U/d，连用1个月后改预防量。

激期：维生素D 1万～2万U/d，连服1个月后改预防量。

（2）突击疗法：

初期：肌内注射维生素D_3 30万U1次，1个月后改预防量口服维持。

激期：维生素D_3 60万U，1次或分2次肌内注射，间隔2～4周，第2次肌内注射后1个月给予预防量口服维持。

中度：维生素D_3 90万U，根据病情1个月后可重复1次，预防量口

服维持至 2 岁。

3. 应同时补充钙剂。有手足搐搦症或饮食中含钙量不足者应在使用维生素 D 肌内注射前，口服 10%氯化钙或葡萄糖酸钙溶液 1～3 g/d，连服 2～3 日。

4. 矫形治疗　严重骨骼急性者并影响运动功能时，可考虑施行外科手术矫治。

【注意事项】① 胎儿期：妊娠期最后 3 个月孕妇应多晒太阳，多食含有维生素 D、钙、磷、蛋白质等营养物质丰富的食物，必要时补充维生素 D 和钙剂。② 新生儿期：提倡母乳喂养。对早产、多胎、人工喂养或冬季出生儿，于生后 1～2 周开始给维生素 D500～1 000 U/d，不能坚持口服者给维生素 D10 万～20 万 U，肌内注射 1 次，可维持 1～2 个月，并坚持户外运动。③ 婴幼儿期：坚持户外活动，多晒太阳。及时添加辅食，口服维生素 D 制剂，每日维生素 D 需要量 400～800 U。④ 老年期缺乏维生素 D，易患慢性疾病。⑤ 注意防止维生素 D 中毒：尤其大剂量使用时，注意观察患儿的精神状态、食欲、心电图变化，必要时检测血清钙及 1,25 -$(OH)_2D$。

十二、 维生素 D 缺乏性手足搐搦症

维生素 D 缺乏性手足搐搦症又称佝偻性手足搐搦症或佝偻病低钙惊厥。由于缺乏维生素 D 而导致血钙降低，神经肌肉兴奋性增高，临床上出现全身或局部肌肉抽搐，或喉痉挛，多见于 4 个月至 2 岁的婴幼儿。血清钙测定有助于诊断。

【诊断要点】病史同维生素 D 缺乏性佝偻病。

1. 临床表现　主要表现为惊厥、手足搐搦、喉痉挛。

(1) 惊厥：6 个月以后婴儿多见。无发热，常为突然发生，以全身性惊厥为主，每日发作数次或数十次不等，多数持续时间为数秒或数分钟。偶有面肌或一个肢体的抽动。惊厥时意识丧失，发作间隙神志正常。

(2) 手足搐搦：多见于年长儿。发作时手腕屈曲，手指伸直，拇指贴近掌心，足踝关节伸直，足趾同时向下弯曲，发作时神志清醒。

(3) 喉痉挛：多见于婴儿。喉部肌肉及声门突发痉挛，使呼吸困难，造成窒息而死亡。喉痉挛是此病中最严重的临床表现。

(4) 隐性体征：① 面神经征(Chvostek 征)呈阳性。新生儿期此征阳性无临床诊断意义。② 腓反射呈阳性。③ 陶瑟征(Trousseau 征)呈阳性。

(5) 血钙<1. 75～1. 88 μmol/L，血磷降低、正常或升高，血碱性磷酸酶升高。

【鉴别诊断】① 婴儿痉挛症：多在生后 3～7 个月开始发作，发作时

有短暂意识丧失及特殊姿态，智力多受影响，脑电图呈“高峰节律紊乱”。② 甲状旁腺功能不全：血磷增高，碱性磷酸酶正常，PTH 下降，常需甲状旁腺素治疗。尚应注意与碱中毒手足搐搦症、低镁性手足搐搦症、慢性肾衰竭所致手足搐搦症、神经系统感染、产伤等相鉴别。③ 喉痉挛应注意与先天性喉喘鸣鉴别，后者主要为吸气性喉鸣，轻者为间隙性易鉴别，重者喘鸣持续，也伴吸气困难，则需测定血钙加以鉴别。

【治疗要点】治疗原则：紧急处理，对症用药。

1. 紧急处理　迅速控制惊厥或解除喉痉挛。苯巴比妥钠 5～7 mg/kg 肌内注射、地西泮 0.1～0.3 mg/kg 肌内注射或静脉注射，或 10%水合氯醛溶液 40～50 mg/kg 保留灌肠。保持呼吸道通畅，必要时行气管插管。

2. 补充钙剂　10%葡萄糖酸钙溶液 5～10 ml，加等量生理盐水或 10%葡萄糖溶液稀释后缓慢静脉注射（10 分钟以上），必要时每日可用 2～3 次。病情稳定后改口服 10%氯化钙溶液 5～10 ml/d，用 3～5 倍糖水稀释后口服，1 日 3 次。3～5 日后改用钙剂口服。钙剂不能与乳制品同服。

3. 维生素 D 治疗　使用钙剂后补充维生素 D 口服，2 000～5 000 U/d；重症可肌内注射，用量同维生素 D 缺乏性佝偻病，1 个月后改为预防量口服。

4. 如按上法处理，发作不停止，应监测血清镁，如<0.75 mmol/L，可用硫酸镁每次 0.1 ml/kg，肌内注射每 6 小时 1 次，1 日后改为 3 mg/(kg・d)，分 3～4 次口服。

【注意事项】① 本病治疗刻不容缓，必须边抢救，边请求上级医院支援，边与家属沟通。② 喉痉挛治疗：先将舌尖拉出，进行人工呼吸或加压给氧，必要时行气管插管。③ 鼓励母乳喂养。牛奶因磷含量较高，可影响钙的吸收，牛奶喂养儿应及时补充维生素 D 和钙。

十三、 热性惊厥

热性惊厥是小儿最常见的惊厥性疾患，首次发作年龄于生后 6 个月至 3 岁，大多数 5 岁后不再发作。

【诊断要点】① 热性惊厥发生在热性疾病的初期，体温骤然升高时（大多 39℃以上），多见于呼吸道感染、腹泻病、中耳炎、幼儿急疹等，不包括颅内感染和各种颅脑疾病所致惊厥。② 患儿常有热性惊厥家族史。③ 热性惊厥可分为单纯性或复杂性，存在下列 1 种或 1 种以上危险因素时应考虑复杂性热性惊厥：A. 一次惊厥发作持续 15 分钟以上；B. 24 小时内反复发作≥2 次；C. 局灶性发作；D. 反复频繁发作，累计发作总数 5 次以上。

【鉴别诊断】注意与维生素D缺乏性手足搐搦症鉴别。可通过病史、测体温、检测血清钙、磷及维生素D加以鉴别。

【治疗要点】治疗原则：迅速止惊，维持生命功能正常，边抢救边寻找病因，预防惊厥复发，防止和减少脑损伤。

1. 一般治疗 保持呼吸道通畅，防止舌咬伤；常规给氧，减少缺氧性脑损伤；物理降温、补液等。单纯性热性惊厥仅需要对症治疗；复杂性热性惊厥需要长期服药预防复发。

2. 药物治疗 高热惊厥，可用：

地西泮 0.3～0.5 mg/kg 静脉注射 即刻

安乃近 10 mg/kg 肌内注射或滴鼻 即刻

或 苯巴比妥 10 mg/kg 静脉注射 即刻

或 5%水合氯醛 1 ml/kg 保留灌肠 即刻

或	苯妥英钠	15～20 mg/kg	静脉滴注 6小时后 5～6 mg/kg
	5%葡萄糖注射液	250 ml	分2～3次 口服

【注意事项】① 苯巴比妥静脉注射速度不超过25 mg/min，可在15分钟内起效，必要时20～30分钟后重复1次。苯巴比妥与地西泮联合应用时需监测呼吸、血压，如有条件监测血气及脑电图。② 静脉用苯妥英钠时，监测心率和血压，如发生心率减慢或血压降低应考虑停药。③ 对有复发倾向的热性惊厥，可于发热开始时使用地西泮1 mg/(kg·d)，分3次口服，连服2～3日，或到体温恢复正常为止。④ 对复杂性热性惊厥或发作次数已达5次以上者，如予地西泮(安定)临时口服未能阻止新的发作，可长期口服丙戊酸或苯巴比妥，疗程1～2年。治疗期间应及时与家属沟通。⑤ 对小儿发热病应查明原因，如体温<39℃，可采取物理降温，如已引起热性惊厥，应迅速采取药物降温与使用镇静剂，对频繁惊厥者应及时拨打120，请求支援。⑥ 安乃近应注意其可能引起的不良反应，不宜长期使用。

十四、 婴儿肠绞痛

婴儿肠绞痛是一种综合征，好发于3个月以内的小婴儿，很少发生于出生4个月后。特点为健康的婴儿突然阵发性剧烈啼哭、面色潮红、口周苍白、双腿屈曲、双手紧握、腹部胀气似有紧张感，持续数分钟至数十分钟缓解，但不久又发作，可持续1～4个小时。发作间隙婴儿正常，全腹柔软不胀。致病原因尚不明确，一般认为与喂养不当、食物过敏和该年龄段婴儿中枢神经系统和肠神经肌肉发育不成熟有关。

【诊断要点】① 小婴儿至学龄儿童均可发病。② 突然发作，阵发性腹痛，以脐周为多见，每次持续时间不长，时痛时止，少数伴呕吐。③ 发

作时检查可由全腹触痛过敏，发作间隙时全腹柔软，无阳性体征。④ 既往可有反复发作的病史。

【鉴别诊断】① 肠套叠：本病常发生于2岁以下婴幼儿，尤以4～10个月龄婴儿发病率最高，反复仔细检查可在腹部触及肿块，典型者为腊肠样或香蕉样，肛门指诊及X线检查可帮助明确诊断。② 急性阑尾炎：本病可发生于任何年龄，新生儿罕见，呈转移性腹痛，右下腹阑尾点（旧称麦氏点）的固定性压痛，与反跳痛，白细胞总数及中性明显升高，B超检查可及时发现阑尾脓肿。

【治疗要点】治疗原则：解痉止痛，消除诱因。

1. 一般治疗　发作时将婴儿抱到卧室外空气新鲜处走走，轻拍背部或腹部热敷，用暖手按摩腹部，促使肠胃积气排除，对伴有消化不良者需改善喂养方法（减少喂量或奶中糖量），对牛奶过敏者可改用豆浆代替。

2. 药物治疗　根据情况选用解痉止痛或镇静药物。

（1）用于排气，可用：

开塞露　10 ml　肛用　按情酌定

或　温生理盐水　20 ml　灌肠　按情酌定

警示：本方应用的目的是通过刺激直肠黏膜反射性引起肠蠕动，促使肠内气体排出，缓解肠绞痛，不是为了通便，所以使用计量不要过大。

（2）解痉止痛，可用：

颠茄合剂　0.2 ml/kg　口服　按情酌定

或　山莨菪碱　0.1～0.2 mg/kg　口服　按情酌定

（3）镇静，可用：

10%水合氯醛　0.4～0.5 ml/kg　保留灌肠　按情酌定

警示：水合氯醛毒性较低，久用可产生耐受性，每次用量最大不超过10 ml。

【注意事项】① 本症属功能性疾病，诊断应持慎重态度，最好在排除其他疾病基础上，再考虑本症，以免延误对有关疾病的诊治。② 小婴儿用药比较困难，尽量给予一般治疗，但应密切观察病情变化。③ 注意调整喂养方法，必要时求助于儿科医师指导，特别是反复发作者，更应重视查找原因。

十五、注意缺陷多动障碍（多动症）

注意缺陷多动障碍（ADHD，多动症）是一种病因不明的常见的儿童期神经发育障碍类疾病，又称为儿童多动综合征（MBD）。临床上主要表现为：以多动不宁为主的行为障碍、注意障碍、易分心、易激惹、好冲动及坐立不安等，男性多于女性。6岁以下儿童一般不作ADHD诊断。

【诊断要点】① 7岁以前发病。② 病程6个月以上。③ 智力不低下，检查大致正常，脑电图无特殊异常。

至少存在下列行为中的4项：① 需要静坐的场合难以静坐。② 做事粗心大意，常有始无终。③ 注意力难以集中或不能持久，容易转移，常受环境中其他事情干扰，包括上课听讲、做作业等。④ 容易兴奋和冲动，自我控制能力差。⑤ 常常干扰其他儿童的活动。⑥ 要求必须立即得到满足，否则就会产生情绪反应。⑦ 经常话多，好插话或吵闹。⑧ 难以遵守集体活动的秩序和纪律。⑨ 学习成绩差，但不是由于不遵守纪律引起。⑩ 动作笨拙，精巧和协调动作较差。

【鉴别诊断】主要与抽动-秽语综合征鉴别：① 本病起病于12岁以前，以7～8岁为多。② 主要表现为不自主、快速、重复、无目的、单一或多部位的肌肉抽动和一种或多种不自主发声，但不一定同时存在。③ 抽动症状一日内多次出现，短时间内可受意志克制。④ 病程至少持续1年，其中症状缓解期不超过3个月。⑤ 导致明显的痛苦或社交等活动的严重受损。⑥ 不自主抽动和发声，不能用其他疾病解释。

【治疗方案】治疗原则：药物治疗的同时应配合心理治疗。

1. 一般治疗　家长与老师配合安排病儿的学习、生活，训练协调动作和注意力集中。

2. 对症治疗

(1) 轻症病人，可用：

哌甲酯(利他林)　5 mg　口服　每日1次，如无效，3日后加至10 mg　每日1次，如仍无效　6日后可加至10 mg　每日2次

警示：① 一般下午16:00以后不服药。② 禁用于癫痫、严重心脏病及6岁以下病儿，青春期原则上不用此药品。③ 用药期间偶有失眠、兴奋、焦虑、厌食、心悸等不良反应，应向家属交代清楚。

或　匹莫林　20 mg/d　口服　每日上午服1次　显效常在服药后数日显现，如无效　可每周增加半片(20 mg/片)，最大剂量不超过80 mg/d，此药起效慢，需3～4周才能评价效果。

警示：① 用药期间需作肝功能复查，需3～4周才能评价效果。② 禁用于肝功能不全、癫痫及6岁以下的儿童。③ 要向家属交代清楚长期服药可能出现自杀企图。

(2) 使用兴奋药无效的病儿，可用：

丙米嗪　起始剂量　10 mg/d　分1～2次口服　每3～4日增加剂量1次　可达2～3 mg/(kg·d)

警示：① 可能出现口干、心悸、心动过速、晕厥、便秘、青光眼等不良反应，应向家属交代清楚。② 有心血管疾患开始用量宜小，加量应慢。

【注意事项】① 以综合治疗为主，即把药物、教育、环境安排三者结合起来。② 药物治疗可采取假期停服办法，以适应生理调节。③ 6岁以下一般不用药物治疗。④ 镇静药、抗精神病药、抗焦虑药、抗抑郁药对本症无益，有时还会使症状恶化，故不宜使用。⑤ 本病最好在专科医院诊断，在专科医师指导下治疗，切勿盲目使用药物。⑥ 限制摄入富含甲基水杨酸类食物，如西红柿、苹果、橘子等，也需限制人工调味调色品。

十六、 遗尿症

遗尿症是指睡眠时不自觉的排尿现象，多见于夜间熟睡时发生，国内规定 3 岁以上尿床可认为是遗尿，国外则放宽到 5 岁以上，男孩 10 岁以上。临床常表现为羞涩与自卑，尤其学龄儿童明显，常分为持续型与再发型两种，对偶尔一次尿床不能诊断为遗尿症。

【诊断要点】① 年龄在 5 周岁以上或智龄在 4 岁以上，不能自控排尿而致尿床或尿裤。② 每月至少有 2 次遗尿，至少已 3 个月，遗尿可作为正常婴儿尿失禁的异常伸延，也可在学会控制小便之后才发生。③ 不是由于神经系统损害、癫痫发作、泌尿道结构异常等器质性疾病所致，也没有严重的智力低下或其他精神病。

【鉴别诊断】应排除器质性病变或精神病，可根据病史鉴别。

【治疗要点】治疗原则：加强心理及生活调节，必要时辅以针灸或药物治疗。

1. 一般治疗　加强心理引导，消除病儿怕羞与紧张心理，不能打骂批评，适当调节饮食习惯，晚餐宜干食，睡前不喝水，晚间看电视时不可进食，睡前排尿，夜间规律性睡醒排尿。

2. 针灸治疗　有一定疗效，可试用。

3. 药物治疗　常用麻黄碱或丙米嗪等。

(1) 持续型遗尿，可用：

麻黄碱　0.5 mg/kg　口服　每晚睡前服 1 次

警示：高血压禁用，本品可降低熟睡程度，松弛膀胱逼尿肌，不良反应较小，为首选用药。

或　丙米嗪　起始 10 mg/次　睡前 1 小时服 1 次，无效可逐周增加剂量（不超过 75 mg/d），若 2 周无效不再服用，若有效 2 个月后可改隔日至隔 2 日服，继续 2～3 个月。

警示：本药不良反应大，可增加心率和舒张期血压，并可能引起睡眠障碍、轻微胃肠功能紊乱，长期服药突然停药可致戒断综合征。

(2) 经上述治疗效果不佳的病人，可用：

去氨加压素（精氨酸加压素）　10 μg　睡前经鼻吸入或　0.2 mg

睡前口服1次

警示：① 本方可先试用2周，若无效则不再继续，若有效可再用2周。② 本品可能引起低钠血症、头痛、定向障碍、全身抽搐和昏迷，故成人遗尿最好不用此方，用药前应与病人沟通。

(3) 上述两方均无效时，可用：

氯化羟丁宁　0.3 mg/(kg·d)　分两次口服

警示：① 本品如单用效果不明显时，可加用丙米嗪。② 本品可能引起口干、面红、性情改变和瞳孔扩大等不良反应。

【注意事项】① 小孩遗尿可以自愈，成人遗尿比较痛苦，针灸治疗有一定疗效，常取足三里(双)、三阴交(双)于睡前1小时针刺，亦可自灸，7日为一疗程，耳针疗法亦有一定作用。② 遗尿次数因人而异，但每周至少1次以上，每夜可以有1次或7～8次不等，多数发生在夜间睡眠时，亦可发生在白天睡眠时。③ 针对不同情况，予以科学的解释，消除应激源及儿童的紧张情绪，减少自卑感。④ 晚饭后控制液体的摄入量，以减少尿量。睡前不宜太兴奋，不宜看暴力片、恐怖片。

(张　力)

第七章

常见眼科疾病

一、睑腺炎

睑腺炎又称麦粒肿，俗称“偷针眼”，发生在睫毛毛囊或其附属腺体的称外麦粒肿，发生在见睑板腺称内麦粒肿。是常见的眼睑腺体细菌感染引起的化脓性疾病。其起病可能与用眼不卫生、身体抵抗力降低等因素有关。如不及时治疗，可发展为眼睑蜂窝织炎而出现全身中毒症状，故应早诊断、早治疗。

【诊断要点】① 患部有红、肿、热、痛等典型的急性眼部炎症表现。② 初起睑缘睫毛根部或眼睑内有局限性红肿硬块、压痛。③ 如病变位于外部，则疼痛、红肿明显，常有球结膜水肿。④ 3～5 日后硬块变软，可出现黄白色脓头，有时脓肿自行破溃。⑤ 可伴同侧耳前淋巴结肿大或全身中毒症状。

【鉴别诊断】眼睑脓肿：是指眼睑皮下组织的急性化脓性炎症，常由外伤后感染或由麦粒肿发展而来，也可由邻近的感染性病灶或全身性感染引起，脓肿可自皮肤破溃。

【治疗要点】治疗原则：抗感染，促使炎症消散。已形成脓者切开排脓。防止并发症。

1. 一般治疗　适当休息，减少用眼时间，保持眼睑局部清洁，可用温和的香皂擦洗眼睑。硬结未软化时可用湿热敷，每日 3 次，每次 15～20 分钟。

2. 药物治疗　由于睑腺炎大多由葡萄球菌感染所致，故可选用对金黄色葡萄球菌敏感的抗菌药。

(1) 睑腺炎未化脓前，可用以下任一组：

1) 0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.5%庆大霉素滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.5%卡那霉素滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.3%妥布霉素滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.3%洛美沙星滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.3%诺氟沙星滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或 0.3%环丙沙星滴眼液 滴眼 每日3～4次
或 0.3%氧氟沙星滴眼液 滴眼 每日3～4次
2) 0.3%氧氟沙星眼膏 涂眼 临睡前1次
或 0.5%红霉素眼膏 涂眼 临睡前1次
或 0.5%四环素眼膏 涂眼 临睡前1次
3) 牛黄解毒丸 4粒 口服 每日4次

(2) 局部炎症较重、伴有耳前淋巴结肿大或全身症状明显者,可用以下任一组:

1) 0.25%氯霉素滴眼液 滴眼 每日3～4次
或 0.3%妥布霉素滴眼液 滴眼 每日3～4次
或 0.3%洛美沙星滴眼液 滴眼 每日3～4次
或 0.3%氧氟沙星滴眼液 滴眼 每日3～4次
2) 0.3%氧氟沙星眼膏 涂眼 临睡前1次
或 0.5%红霉素眼膏 涂眼 临睡前1次
或 0.5%四环素眼膏 涂眼 临睡前1次
3) 罗红霉素 0.15 g 口服 每日2次
或 双氯西林(双氯青霉素) 0.25 g 口服 每日4次
或 头孢拉定 0.5 g 口服 每日3次
或 青霉素G 80万U (皮试阴性) 肌内注射 每日2次

【注意事项】① 无论是内睑腺炎还是外睑腺炎,切忌挤压病灶,以防炎症扩散,引起眼睑蜂窝织炎、败血症及颅内感染等严重并发症。当出现严重并发症时应及时与家属沟通转院治疗。② 脓肿一旦形成就应切开排脓。外睑腺炎由皮肤面切开,其切口与睑缘平行;内睑腺炎由睑结膜面切开,其切口与睑缘垂直。③ 抗菌药物的选用与更换宜慎重,一般选用1～2种为宜。如出现严重并发症,抗生素的选用参照败血症节。

二、 慢性泪囊炎

慢性泪囊炎主要由于鼻泪管阻塞,泪液潴留,细菌在泪囊内繁殖所致。主要表现为溢泪、眼分泌物增多,泪囊部皮肤潮红、糜烂,甚至出现慢性湿疹表现。本病若不及时处理,可成为感染病灶,引起结膜炎、角膜溃疡、急性泪囊炎等并发症。

【诊断要点】① 溢泪。② 泪囊部有时稍肿胀,用手指压迫泪囊区,有脓性或黏液分泌物从泪点溢出。③ 泪道冲洗不通畅,且有脓性或黏液分泌物由泪点冲出。④ 由于分泌物经常刺激,常有慢性结膜炎或内眦缘炎存在。

【鉴别诊断】本病初期与单纯性泪道狭窄或阻塞不易鉴别,泪道冲洗有黏液或脓性分泌物,即可确诊慢性泪囊炎,否则需观察一定时间。

【治疗要点】治疗原则：去除感染病灶，控制炎症，重建泪道畅通，防治并发症。

1. 一般治疗　注意适当休息。忌酒，忌食辛辣刺激之品，宜清淡饮食。每次滴眼药水前按压泪囊部，使之排出分泌物。

2. 药物治疗　由于常见致病菌为肺炎球菌、链球菌、葡萄球菌，故选用抗菌药时应考虑对球菌敏感的药物。

(1) 0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.5%庆大霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%卡拉霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.5%妥布霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%洛美沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%环丙沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%左氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次

(2) 鱼腥草滴眼液　滴眼　每日3～4次

(3) 0.3%氧氟沙星眼膏　涂眼　临睡前1次
或　0.5%红霉素眼膏　涂眼　临睡前1次
或　0.5%四环素眼膏　涂眼　临睡前1次

(4) 红霉素　0.5g　口服　每日4次
或　罗红霉素　0.15g　口服　每日2次
或　头孢拉定　0.5g　口服　每日3次

3. 手术治疗　首先使用泪道探通术，重复2～3次，若不成功，则宜放弃，改用激光泪道成形术，再不成功，则行鼻腔泪囊吻合术，成功率达90%以上，缺点较痛苦，出血多，创伤大。若以上方式均无条件施行，可考虑行泪囊摘除术。

【注意事项】① 手术是唯一能根除病灶、消除隐患的方法。滴用滴眼液或冲洗泪道后注入抗菌药液，可以暂时减少分泌物，但不能根治。② 新生儿泪囊炎应先行局部按摩，挤出脓液后再滴眼药水，坚持数周，多能促使鼻泪管下端开放。无效者，6个月以后再考虑泪道探通。③ 有鼻腔、鼻窦疾病或其他原发病者一定要积极治疗。④ 慢性泪囊炎有黏液或脓液时，不宜做泪道探通。

三、急性泪囊炎

急性泪囊炎是泪囊急性化脓性炎症，大多在慢性泪囊炎基础上发展而来，受毒力较强的细菌的侵入或泪囊区受损伤或身体抵抗力降低时发

病，常见的细菌有肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、流感杆菌等。

【诊断要点】① 发病较急，泪囊区红肿热痛，严重时有上、下眼睑水肿或鼻梁区水肿疼痛。② 耳前淋巴结可肿大、压痛，可伴有发热等全身症状。③ 随着病程的延长，红肿逐步局限，形成脓肿，如不处理，可出现如下情况：A. 自行破渗出脓，症状随之好转，但可形成瘘管；B. 如病变加剧，炎症向眶内或颅内蔓延，形成眶蜂窝织炎，全身中毒症状进一步加重。若形成败血症或颅内感染，可危及生命。④ 常有慢性泪囊炎病史。

【鉴别诊断】注意与皮肤脓肿、前筛窦炎、上颌窦炎鉴别，病史、病灶中心部位及鼻腔、鼻窦的检查有助于鉴别。

【治疗要点】治疗原则：及时控制感染，缓解疼痛，尽量保持泪囊完整性，重建泪道畅通。

1. 一般治疗　早期局部热敷。注意休息。忌酒，忌食辛辣炙烤之物。如有脓肿形成者应切开排脓。切开时要注意切口应依皮肤纹理方向、避开内眦动静脉，引流口应设计在脓肿最低位。

2. 药物治疗　由于本病的致病菌大多由金黄色葡萄球菌、β-溶血性链球菌、流感嗜血杆菌所引起，故应针对性选用抗菌药，并且局部和全身同时给药。

(1) 对于无全身症状者，可用：

1) 0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　0.5%庆大霉素滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　0.3%妥布霉素滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　0.3%洛美沙星滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　0.3%氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日4～6次

2) 鱼腥草滴眼液　滴眼　每日4～6次

3) 0.3%氧氟沙星眼膏　涂眼　临睡前1次
或　0.5%红霉素眼膏　涂眼　临睡前1次
或　0.5%四环素眼膏　涂眼　临睡前1次

4) 罗红霉素　0.15 g　口服　每日2次
或　头孢拉定　0.5 g　口服　每日3次

5) 青霉素G　80万U(皮试阴性)　肌内注射　每日2次

(2) 伴耳前淋巴结肿大或全身症状者，可用：

滴眼液的选用参见处方(1)，加用抗菌药静脉滴注

青霉素G	240万～480万U	(皮试阴性)
5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　每日1次

或	头孢拉定	3 g	（皮试阴性）
	5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　每日 1 次
或	庆大霉素	24 万 U	
	5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　每日 1 次
或	林可霉素(洁霉素)	1.8 g	
	5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　每日 1 次
或	氧氟沙星	200 mg	
	5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　每日 1～2 次

3. 切开排脓：脓肿一旦形成，则宜切开引流，待伤口愈合后再按慢性泪囊炎处理。

【注意事项】① 急性泪囊炎禁止挤压，泪道冲洗或泪道探通，以免导致感染扩散。② 一旦病情缓解，应及时转上级医院行鼻腔泪囊吻合等手术。③ 抗菌药物的选用与更换宜慎重，一般选用 1～2 种即可，如一种滴眼液，一种口服或静脉滴注。

四、 结膜炎

结膜炎是由微生物侵犯或化学、物理等因素刺激而发生的眼结膜炎症反应。按临床症状分类有：化脓性、假膜性、卡他性等；按发病缓急分类有：急性、亚急性、慢性等；按病因分类有：细菌性、病毒性、衣原体性、真菌性和变态反应性。共同的临床表现为：眼分泌物增多、异物感、灼热感、痒、流泪。检查可发现：结膜充血水肿、乳头增生、滤泡、假膜、结膜下出血和耳前淋巴结肿大等。

【诊断要点】除上述共同的临床症状表现外，常见的各类结膜炎有各自特征：① 细菌性结膜炎：眼眵呈脓性或黏液脓性，以痛为主，可小流行。如为淋球菌感染，则眼眵应为浆液性，不久转为脓性，分泌物特别多(又有脓漏眼之称)。② 病毒性结膜炎：眼分泌物清稀，以疼痛为主，耳前淋巴结肿大、压痛；如为肠道病毒 70 型感染者，可有球结膜下出血，能引起广泛流行。③ 包涵体性结膜炎：滤泡以下睑和下穹窿为主，有大量脓性分泌物。④ 衣原体性结膜炎：上睑板结膜和上穹窿部结膜血管模糊充血，乳头增生或滤泡形成，或两者兼有。上穹窿和上睑结膜有瘢痕出现，有角膜血管翳，有沙眼包涵体。⑤ 变态反应性结膜炎：眼分泌物清稀，或为黏液样、丝状，剧痒，眼睑结膜一般明显水肿，常能寻找到过敏原因。如为春季结膜炎，则多在春夏季发病，眼睑型者睑结膜上可见很多硬而扁平、大小不等淡红色乳头，滤泡如鹅卵石铺路面。

【鉴别诊断】① 急性虹膜炎：睫状充血，愈近角巩缘愈明显，角膜后有沉积物，前方闪辉阳性，晶状体前囊有色素或部分虹膜后粘，视力障碍。

② 结膜滤泡症：滤泡多见于下睑及下穹窿部结膜，滤泡较小，大小均匀相似，境界清楚，滤泡间结膜正常，不充血，无角膜血管翳，无瘢痕，无自觉症状。③ 慢性滤泡性结膜炎：为克里杆菌感染，滤泡多见于下睑、下穹窿，大小均匀，排列整齐，结膜不肥厚，无角膜血管翳和结膜瘢痕形成。

【治疗要点】治疗原则：去除病因。局部用药为主，必要时全身用药。急性期忌包扎患眼。防止病情传染扩散。

1. 一般治疗　注意个人卫生习惯，发病期间禁酒，忌食辛辣油腻，饮食宜清淡。如系过敏性结膜炎，则应避免致敏物。结膜分泌物较多者可用0.9%生理盐水冲洗结膜囊，次数酌情而定。

2. 药物治疗　根据结膜炎类型选用药物。滴眼液使用次数由病情决定，可每小时1～2次，症状缓解后逐渐减少滴眼次数。

(1) 包涵体性结膜炎，可用：

1) 0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　15%磺胺醋酰钠滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　0.3%洛美沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%诺氟沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%环丙沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%左氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次

2) 0.5%四环素眼膏　涂眼　临睡前1次
或　0.3%氧氟沙星眼膏　涂眼　临睡前1次
或　0.5%红霉素眼膏　涂眼　临睡前1次

3) 罗红霉素　0.15 g　口服　每日2次　用3周

(2) 成人淋菌性结膜炎，可用：

1) 0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每5～10分钟1次　渐减至1/2小时、1小时、2小时、3小时1次　连用2周以上
或　0.5%庆大霉素滴眼液　滴眼　每5～10分钟1次　渐减至1/2小时、1小时、2小时、3小时1次　连用2周以上
或　0.3%妥布霉素滴眼液　滴眼　每5～10分钟1次　渐减至1/2小时、1小时、2小时、3小时1次　连用2周以上
或　0.3%氧氟沙星滴眼液　滴眼　每5～10分钟1次　渐减至1/2小时、1小时、2小时、3小时1次　连用2周以上
或　0.1%利福平滴眼液　滴眼　每5～10分钟1次　渐减至1/2小时、1小时、2小时、3小时1次　连用2周以上

2) 0.3%氧氟沙星眼膏　涂眼　临睡前1次

3) 阿奇霉素　1 g　口服　每日2次　连续7日

或　多西环素(强力霉素)　0.1 g　口服　每日2次　连续7日
或　氧氟沙星　0.4 g　口服　每日2次　连续5日
或　环丙沙星　0.5 g　口服　每日2次　连续5日

4) 青霉素G　320万U(皮试阴性)　肌内注射　每日2次　连续7日

或　头孢曲松　2.0 g(皮试阴性)　肌内注射　每日2次　连续7日

(3) 新生儿淋菌性结膜炎,可用:

1) 5 000～10 000 U/ml青霉素钠盐滴眼液　滴眼　每5～10分钟1次　渐减至1/2小时、1小时、2小时、3小时1次　连用2周以上,注意观察有无过敏反应

2) 0.3%妥布霉素滴眼液　滴眼　每5～10分钟1次　渐减至1/2小时、1小时、2小时、3小时1次　连用2周以上

3) 0.5%红霉素眼膏　涂眼　临睡前1次
或　0.5%四环素眼膏　涂眼　临睡前1次
或　0.3%氧氟沙星眼膏　涂眼　临睡前1次

4) 青霉素G　40万U(皮试阴性)　肌内注射　每日4次　连续7日

或　头孢曲松　0.125 g(皮试阴性)　肌内注射　每日2次　连续7日
或　头孢噻肟　25 mg/kg(皮试阴性)　肌内注射　每日2次　连续7日

(4) 疱疹性结膜角膜炎,可用:

1) 0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.5%卡拉霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次
或　0.3%氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日3～4次

2) 0.1地塞米松滴眼液　滴眼　每日3次
或　0.5%可的松滴眼液　滴眼　每日3次
或　典必殊滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　F的确当滴眼液　滴眼　每日4～6次

3) 四环素可的松眼膏　涂眼　入睡前1次
或　典必殊眼膏　涂眼　入睡前1次

4) 维生素C　0.2 g　口服　每日3次

5) 维生素AD胶丸　1粒　口服　每日2次

(5) 流行性结膜、角膜炎,可用:

1) 0.1%碘苷(疱疹净)　滴眼液　滴眼　每小时1次
或　0.5%利巴韦林(病毒唑)滴眼液　滴眼　每小时1次

2) 0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日4～6次

或　0.3%诺氟沙星滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　利巴韦林(病毒唑)　0.1 g　肌内注射　每日2次
3) 维生素C　0.2 g　口服　每日3次
4) 牛黄解毒丸　4粒　口服　每日4次
或　银翘解毒丸　9 g　口服　每日3次

(6) 流行性出血性结膜炎,可用:
1) 0.1%羟苄唑滴眼液　滴眼　每小时1次
2) 0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　0.3%洛美沙星滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　利巴韦林(病毒唑)　0.1 g　肌内注射　每日2次
3) 维生素C　0.2 g　口服　每日3次
4) 牛黄解毒丸　4粒　口服　每日4次
或　银翘解毒丸　9 g　口服　每日3次

(7) 过敏性结膜炎,可用:
1) 0.5%可的松滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　0.1%地塞米松滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　典必殊滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　洛度沙胺(阿乐迈)滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　(非尼拉敏/萘甲唑啉滴眼液)那素达滴眼液　滴眼　每日4～6次
2) 四环素可的松眼膏　涂眼　入睡前1次
3) 典必殊眼膏　涂眼　入睡前1次
4) 氯苯那敏(扑尔敏)　4 mg　口服　每日2次
或　异丙嗪(非那根)　25 mg　口服　每日2次
或　阿司咪唑(息斯敏)　3 mg　口服　每日1次

(8) 春季卡他性结膜炎,可用:
1) 4%色甘酸钠滴眼液　滴眼　每日4次
或　吡嘧司特钾(研立双)滴眼液　滴眼　每日2次
或　洛度沙胺(阿乐迈)滴眼液　滴眼　每日4次
2) 0.1%双氯芬酸钠滴眼液　滴眼　每日4～6次
3) 0.1%地塞米松滴眼液　滴眼　每日4～6次,2日后改为每日2次,2日后再改为每日1次,再连用3日,然后停药
或　典必殊滴眼液　滴眼　每日4～6次,2日后改为每日2次,2日后再改为每日1次,再连用3日,然后停药
或　盐酸左布诺洛尔(F的确当)滴眼液　滴眼　每日4～6次,2日后改为每日2次,2日后再改为每日1次,再连用3日,然后停药
4) 吲哚美辛(消炎痛)　25 mg　口服　每日3次　饭后服用

5）阿司咪唑(息斯敏)　3 mg　口服　每日 1 次

【注意事项】① 结膜炎类型很多,尽量对症治疗。② 如无特殊情况,一般在症状消失后 5～7 日停止眼部用药。③ 对于过敏性结膜炎,尽量少用混悬液性质的滴眼液;含防腐剂的滴眼液也尽量不用。④ 有许多滴眼液本身也会引起过敏,使用中应注意观察,一旦过敏,立即停用。⑤ 长期使用糖皮质激素滴眼液可引起激素性青光眼,白内障。⑥ 妊娠及哺乳期妇女、儿童慎用研立双、双氯芬酸钠。⑦ 妊娠及哺乳期妇女禁用阿乐迈滴眼液。

五、 沙眼

沙眼是由沙眼衣原体引起的一种慢性传染性结膜角膜炎,因在患眼睑结膜表面形成粗糙不平的外观,形似沙粒,故名沙眼。可发生于任何人群。

【诊断要点】① 患眼异物感,眼红、生眼眵。② 典型的沙眼有睑结膜乳头、滤泡、角膜血管翳和结膜瘢痕出现。③ 一般情况下,沙眼的诊断至少要符合下列中的两项：A. 上睑结膜滤泡;B. 角膜缘滤泡及后遗症;C. 典型的睑结膜瘢痕;D. 角膜缘上方血管翳。

【鉴别诊断】① 结膜滤泡病：滤泡多见于下穹窿部与下睑结膜。滤泡较小、半透明、境界清楚,滤泡之间结膜正常,不充血;无角膜血管翳,无瘢痕发生。沙眼的滤泡多见于上穹窿部与上睑结膜,污秽不清,大小不等,排列不整齐,并有结膜充血、肥厚等症状。② 慢性滤泡性结膜炎：滤泡多见于下穹窿与下睑结膜,大小均匀,排列整齐,结膜易出血,但不肥厚;无瘢痕形成,无角膜血管翳。③ 包涵体性结膜炎：以急性开始,滤泡皆以下穹窿部与下睑结膜,无角膜血管翳,不形成瘢痕。

【治疗要点】治疗原则：局部给药为主,重病者辅以全身用药。

1. 一般治疗　培养良好的卫生习惯,流水洗脸,严格毛巾、面盆等消毒制度。急性发作期忌酒,忌食辛辣之物。

2. 药物治疗　应选择对沙眼衣原体有抑制或杀灭作用的药物。

(1) 慢性期沙眼患者,可用：

1）0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　0.1%酞丁胺滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　15%磺胺醋酰钠滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

2）0.5%新霉素滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　0.5%氯霉素滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

3）0.5%红霉素眼膏　涂眼　临睡前 1 次
或　0.5%四环素眼膏　涂眼　临睡前 1 次

或　0.5%金霉素眼膏　涂眼　临睡前1次

警示：本方案疗程最少10～12周。也可用间歇疗法：用药3～5日，停药2～3周。一般需治疗4～6个月。

(2) 急性期或严重沙眼，可用：

1) 0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日6～8次

或　0.1%酞丁胺滴眼液　滴眼　每日6～8次

或　15%磺胺醋酰钠滴跟液　滴眼　每日6～8次

2) 0.3%氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日6～8次

或　0.3%洛美沙星滴眼液　滴眼　每日6～8次

3) 0.5%红霉素眼膏　涂眼　临睡前1次

或　0.5%四环素眼膏　涂眼　临睡前1次

或　0.5%金霉素眼膏　涂眼　临睡前1次

或　多西环素(强力霉素)　0.1g　口服　每日2次　连服3周

或　复方磺胺甲噁唑(复方新诺明)　2片　口服　每日2次　连服7日为1疗程　停药1周继续服药　一般需3～4个疗程

3. 手术治疗　主要用于滤泡型沙眼、角膜血管翳、倒睫、角膜白斑等。

【注意事项】① 沙眼治疗要彻底，一般需连续治疗3个月以上。症状消失不表明痊愈。目前主张以综合治疗为主，重点抓紧对有并发症和严重病例的治疗。② 注意个人卫生，特别是用手、用眼卫生，养成良好的卫生习惯。坚持做到防治结合、防治与防盲结合，深入开展对沙眼的预防教育。③ 睑结膜乳头、滤泡增生严重者，可转上级医院行手术治疗。

六、角膜炎

角膜炎是指角膜在外源或内源性致病因素的作用下引起角膜上皮损伤、基质水肿、细胞浸润、坏死等炎性改变。角膜炎是目前我国主要致盲原因之一。角膜炎有许多类型。常见有细菌性，病毒性、真菌性、棘阿米巴性等。临床表现为视力下降：眼疼痛、畏光、流泪、眼睑痉挛等刺激症状；具有睫状充血，角膜混浊或角膜溃疡的形态特征。角膜炎处理不当或控制不好，可出现角膜溃疡、角膜穿孔、全眼球炎；也可发展为虹膜睫状体炎或形成粘连性角膜白斑、继发性青光眼、角膜葡萄肿等严重并发症，是致盲的常见原因之一，故本病早期诊断、治疗十分重要。

【诊断要点】由于角膜炎的病因比较复杂，引起的临床症状也有所不同，但均有如下共同点：① 起病较急，进展较快，常有角膜被感染或外伤史。② 患眼有异物感、疼痛、畏光、流泪、眼睑痉挛等刺激症状，常伴视力下降。③ 角膜有破损的部位、局灶性浑浊、浸润、水肿、溃疡甚至穿孔等

表现，荧光素着色。④ 有睫状充血或混合充血。⑤ 病原学检查有助于确诊。细菌性角膜炎可找到致病菌，真菌性角膜炎角膜涂片可在显微镜下找到真菌菌丝孢子，单纯疱疹病毒性角膜炎涂片中抗单纯疱疹病毒的单克隆抗体阳性。

【鉴别诊断】① 细菌性角膜溃疡与匐行性角膜溃疡鉴别：后者发病较急，多为肺炎双球菌引起。角膜出现白色化脓性溃疡，常向一侧扩展，呈穿掘状，常有慢性泪囊炎或外伤史。② 真菌性角膜炎与细菌性角膜溃疡的鉴别：细菌性一般发病急，刺激症状重，眼痛重，溃疡凹下，前房积脓成液平面。③ 单线疱疹性角膜炎与带状疱疹性角膜炎的鉴别：后者有典型带状疱疹皮肤损害或病史，病发部位，多在角膜周边部，呈树枝状，小而多枝。④ 棘阿米巴角膜炎与单纯疱疹角膜基质炎的鉴别：棘阿米巴角膜炎眼部剧痛，角膜后无沉着物，抗病毒药治疗无效，活检和组织培养有原虫生长。

【治疗要点】治疗原则：去除病因，积极控制感染，减轻炎症反应，促进溃疡愈合，减少瘢痕形成，防止并发症。

1. 一般治疗　注意休息；发病期间忌烟酒；忌食辛辣油腻食品，以清淡而富有营养饮食为宜；有便秘、失眠、焦虑的病人要同时治疗；患眼热敷，每日 3 次，每次 15～20 分钟；封盖患眼。角膜表面有坏死物，可在表面麻醉下行清创治疗，以利于病变愈合。

2. 对症治疗　针对不同的病原体选用最敏感的药物。一时难以明确病因的，以选用广谱抗菌药为妥，局部滴用和球结膜下注射是合理的有效途径。出现虹膜体炎者必须滴扩瞳药物。

(1) 革兰阴性杆菌所致角膜炎，可用：

1) 0.5%庆大霉素滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　0.5%卡那霉素滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　0.3%妥布霉素滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

2) 0.3%洛美沙星滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　0.3%环丙沙星滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　0.3%氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　0.3%左氧氟沙星滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

3) 0.3%氧氟沙星眼膏　涂眼　临睡前 1 次
或　0.5%红霉素眼膏　涂眼　临睡前 1 次
或　庆大霉素　8 万 U　肌内注射　每日 2 次
或　阿米卡星(丁胺卡那霉素)　0.2 g　肌内注射　每日 2 次
或　妥布霉素　100 mg　肌内注射　每日 2 次

(2) 真菌性角膜炎，可用：

1) 0.25%两性霉素B滴眼液　滴眼　每小时1次

或　5%那他霉素滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.5%氟康唑滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.2%氟康唑　0.4 ml　结膜下注射　每日或隔日1次

或　0.2%氟康唑　100 ml　静脉滴注　每日1次

或　0.5%咪康唑滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.1%氟尿嘧啶滴眼液　滴眼　每小时1次

或　1.5%大蒜素滴眼液　滴眼　每小时1次

2) 0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日6次

3) 1%咪康唑眼膏　涂眼　临睡前1次

4) 克霉唑眼膏　涂眼　临睡前1次

5) 金霉素眼膏　涂眼　临睡前1次

6) 氟尿嘧啶眼膏　涂眼　临睡前1次

7) 氟康唑　0.2 g　口服1日　以后每日0.1 g　连服6周

或　伊曲康唑　0.2 g　口服　每日1次　连服3周以上

8) 维生素 B_2　10 mg　口服　每日3次

(3) 树枝状、地图状形单纯疱疹性角膜炎，可用：

1) 0.1%碘苷(疱疹净)滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.1%阿昔洛韦(无环鸟苷)滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.1%利巴韦林(病毒唑)滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.05%环胞苷滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.1%更昔洛韦(丙氧鸟苷)滴眼液　滴眼　每小时1次

2) 0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次

3) 3%阿昔洛韦(无环鸟苷)滴眼膏　涂眼　临睡前1次

或　3%更昔洛韦(丙氧鸟苷)眼膏　涂眼　临睡前1次

或　0.5%利巴韦林(病毒唑)眼膏　涂眼　临睡前1次

或　0.5%碘苷(疱疹净)眼膏　涂眼　临睡前1次

4) 阿昔洛韦(无环鸟苷)　0.2 g　口服　每日3次

5) 牛黄解毒丸　4粒　口服　每日3次

6) 聚肌胞　2 mg　肌内注射　隔日1次

(4) 盘状单纯疱疹性角膜炎且炎性反应较重者，可用：

1) 0.1%阿昔洛韦(无环鸟苷)滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.1%更昔洛韦(丙氧鸟苷)滴眼液　滴眼　每小时1次

2) 0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次

或　鱼腥草滴眼液　滴眼　每日3～4次

3）1%阿托品滴眼液　滴眼　每日1～2次

4）典必殊滴眼液　滴眼　每日3～4次

5）3%阿昔洛韦(无环鸟苷)滴眼膏　涂眼　临睡前1次

或　3%更昔洛韦(丙氧鸟苷)眼膏　涂眼　临睡前1次

6）阿昔洛韦(无环鸟苷)　0.2 g　口服　每日3次

7）0.1%干扰素溶液　0.5 ml　结膜下注射　每日1次

（5）带状疱疹性角膜炎，可用：

1）0.1%阿昔洛韦(无环鸟苷)滴眼液　滴眼　每小时1次

或　0.1%更昔洛韦(丙氧鸟苷)滴眼液　滴眼　每小时1次

2）0.1%干扰素滴眼液　滴眼　每小时1次

3）0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次

4）3%阿昔洛韦(无环鸟苷)滴眼膏　涂眼　临睡前1次

或　3%更昔洛韦(丙氧鸟苷)眼膏　涂眼　临睡前1次

5）阿昔洛韦(无环鸟苷)　0.2 g　口服　每日3次

6）黄连素口服液　10 ml　口服　每日3次

7）维生素 B_1　0.1 g　肌内注射　每日1次

8）维生素 B_{12}　0.5 mg　肌内注射　每日1次

3. 手术治疗：适用于真菌性角膜炎、单纯疱疹性角膜炎、棘阿米巴角膜炎、基质性角膜炎及蚕蚀性角膜炎，药物治疗无效者。

【注意事项】① 真菌性角膜炎、浅层和溃疡型病毒性角膜炎、原因不明的角膜炎，原则上禁用或慎用糖皮质激素。对严重的细菌性角膜炎和眼内感染，在高效抗生素应用的同时，可适当使用糖皮质激素。对实质层病毒性角膜炎也可适当使用糖皮质激素，但应与有效的抗病毒药合用。那他霉素限于眼部滴用，开始时1滴每1～2小时1次，3～4日后改为每4小时1次，若使用7～10日后未见好转，提示不敏感，应根据情况决定是否继续治疗，过敏者禁用，孕妇、乳母慎用。② 单纯疱疹性角膜炎容易复发，长期服用阿昔洛韦(无环鸟苷)(至少3个月以上)，可能有助于减少发作，孕妇禁用。③ 角膜炎久治不愈、铜绿假单胞菌(绿脓杆菌)性角膜溃疡、角膜穿孔或出现严重并发症的角膜炎应加强医患沟通，讲清严重性，建议转上级医院治疗。④ 角膜瘢痕、顽固性角膜病变可考虑转上级医院手术。⑤ 角膜病变消失后眼部仍需继续用药3～4周以上。

七、巩膜炎

巩膜炎是巩膜基质层的炎症。引起巩膜炎的原因很多(常见的有结核、梅毒、风湿、痛风等)，且不易确定，多数伴有全身免疫性疾病。巩膜炎

反复发作，会导致巩膜变薄，常因波及眼内组织而引起硬化性角膜、色素膜炎与青光眼，严重者可致失明。必须引起足够的重视。

【诊断要点】① 起初眼球胀痛、畏光、流泪，继而出现视力进行性下降。② 前部巩膜弥漫性充血及球结膜充血水肿，炎症部位有深红结节隆起，不能推动，四周有暗红蓝色充血，压痛明显。③ 巩膜炎症部位一般不形成溃疡。④ 病程缓慢，但易反复发作。⑤ 常有其他并发症，如色素膜炎、硬化性角膜炎、青光眼、巩膜葡萄肿等。⑥ 常有全身病变同时存在，如自身免疫性疾病、月经不调等内分泌疾病。

【鉴别诊断】① 眶蜂窝织炎：眼球突出明显，球结膜水肿则较轻。② 眼球筋膜炎：大多数患者于短期内变为双侧性炎症常开始于肌腱端，早期表现为眼外肌麻痹。

【治疗要点】治疗原则：积极寻找并清除病因，治疗原发病，控制炎症，防止并发症。

1. 一般治疗 生活要有规律；忌烟酒，忌食辛辣油腻之品，宜进清淡饮食；热敷，每次 15 分钟，每日 3 次；同时治疗全身相关性疾病，调节全身免疫功能。

2. 对症治疗 急性期或病严重者局部和全身应用糖皮质激素、非甾体类药物。重症可用免疫抑制剂。

(1) 浅层巩膜炎、病变较轻的弥漫性和结节性巩膜炎，可用：

1) 典必殊滴眼液 滴眼 每日 4～6 次
或 F 的确当滴眼液 滴眼 每日 4～6 次
或 0.1%地塞米松滴眼液 滴眼 每日 4～6 次
或 0.5%可的松滴眼液 滴眼 每日 4～6 次
或 0.1%双氯芬酸钠滴眼液 滴眼 每日 4～6 次

2) 0.1%利福平滴眼液 滴眼 每日 3～4 次
或 0.5%庆大霉素滴眼液 滴眼 每日 2～4 次
或 0.5%卡那霉素滴眼液 滴眼 每日 3～4 次
或 鱼腥草滴眼液 滴眼 每日 3～4 次

3) 四环素可的松眼膏 涂眼 入睡前 1 次
或 典必殊眼膏 涂眼 入睡前 1 次

4) 吲哚美辛(消炎痛) 25 mg 口服 每日 3 次 饭后服 1 疗程不低于 3 周

5) 泼尼松 60 mg 每日晨 8 时顿服 症状控制后减至每日 15 mg 维持量，维持至病情减退再逐渐停药。

(2) 严重的弥漫性、结节性巩膜炎或后巩膜炎，可用：

1) 典必殊滴眼液 滴眼 每日 4～6 次

2）0.1%双氯芬酸钠滴眼液　滴眼　每日4～6次

3）0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日3～4次

或　0.5%庆大霉素滴眼液　滴眼　每日3～4次

4）四环素可的松眼膏　涂眼　入睡前1次

或　典必殊眼膏　涂眼　入睡前1次

5）吲哚美辛(消炎痛)　25 mg　口服　每日3次　饭后服　1疗程不低于3周

6）泼尼松龙　20 mg，5%葡萄糖注射液　250 ml　静脉滴注　每日1次　症状控制后逐渐减量

7）免疫抑制剂可用于重症病例，常用环磷酰铵、苯丁酸氮芥等。

3. 手术治疗：适用于严重坏死性巩膜炎，可考虑手术清除坏死组织，同时行巩膜修补，以挽救眼球。

【注意事项】① 妊娠及哺乳期妇女、儿童慎用双氯芬酸钠。② 糖皮质激素应按规范用药，一般在症状控制后应先减半量，连用2周后再减半量维持。在眼部症状消失后每1周减半量使用，直至逐渐完全停药。③ 巩膜炎常伴有全身相关性疾病和并发症，故在治疗时要同时兼顾，不能疏漏。④ 严重巩膜变薄或穿孔、角膜边缘性溃疡、坏死性巩膜炎应加强医患沟通，本病易引发医疗纠纷，建议及时转上级医院治疗。

八、虹膜睫状体炎（前葡萄膜炎）

发生于虹膜睫状体部位的炎症为虹膜睫状体炎，现在称前葡萄膜炎。临床上以眼痛、视力下降、房水浑浊、瞳孔缩小为主要特征。常常由变态反应所引起。多为急性发作，也可有慢性表现者。急性者若不及时治疗，可继发青光眼、白内障、眼球萎缩而失明。

【诊断要点】① 发病一般有诱因，如外伤、感染、受凉、劳累及抵抗力下降等。② 眼部症状明显，眼痛、畏光、流泪、视力下降，夜间眼球疼痛加剧。③ 睫状体部位压痛，球结膜混合充血或睫状充血，角膜后有沉淀物，房水浑浊，J道(Tyndall)现象阳性，虹膜水肿，纹理不清，瞳孔变小且不规则。④ 虹膜常有后粘连，如散瞳不及时可出现瞳孔闭锁或瞳孔膜闭。

【鉴别诊断】① 急性结膜炎：以结膜充血和分泌物增多为特征，眼前房正常，无视力障碍。② 急性闭角型青光眼：睫状充血，前房浅，瞳孔扩大，眼压增高。

【治疗要点】治疗原则：充分扩瞳，控制炎症，消除病因，防止并发症。

1. 一般治疗　注意休息，忌烟酒，忌食辛辣食物，多食富含维生素的新鲜蔬菜及水果，保持大便通畅。局部热敷，每日3次，每次15～20

分钟。

2. 对症治疗　根据病情轻重选用散瞳剂；局部或全身应用糖皮质激素、非甾体抗炎药。原因不明，病情严重者，可适当选用广谱抗菌药等药物。

(1) 慢性虹膜睫状体炎，可用：

1) 1%阿托品滴眼液　滴眼　每日 2～3 次

2) 0.5%可的松滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

或　0.1%地塞米松滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

3) 典必殊滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

或　F 的确当滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

4) 0.1%利福平滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.5%庆大霉素滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.3%妥布霉素滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　0.3%诺氟沙星滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

或　鱼腥草滴眼液　滴眼　每日 3～4 次

5) 四环素可的松眼膏　涂眼　入睡前 1 次

或　典必殊眼膏　涂眼　入睡前 1 次

6) 牛黄解毒丸　4 粒　口服　每日 4 次

7) 吲哚美辛(消炎痛)　25 mg　口服　每日 2 次　饭后服用

8) 泼尼松　20 mg　每日晨 8 时顿服　症状控制后逐渐减量再停药

(2) 原因不明的急性虹膜睫状体炎及炎症较重者，参见上述处方，可适当加用：

1) 托吡卡胺-盐酸去氧肾上腺素滴眼液(美多丽滴眼液)　滴眼　每日 3 次

或　0.1%双氯芬酸钠滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

2) 吲哚美辛(消炎痛)　25 mg　饭后服用　每日 2 次

3) 地塞米松　1 mg　｜　球结膜下注射　每日或隔日 1 次
　 2%利多卡因　0.2 ml　｜　连用 4～5 次

4) 泼尼松　30 mg　每日晨 8 时顿服　症状控制后逐渐减量再停药

5) 青霉素 G　480 万～640 万 U　｜　(皮试阴性)
　 5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　每日 1 次

3. 病因治疗：病因明确者应积极进行病因治疗，病因不明确者，应注意慢性病灶感染、免疫性疾病、结核病等。

4. 并发症的治疗：继发性青光眼用降压药不能控制者，可进行虹膜圈边切除术，但要在炎症控制后。如房角粘连可进行滤过性手术，并发白内障，在炎症控制后，进行白内障摘除加人工晶状体植入术。

【注意事项】① 滴用阿托品应压迫泪囊部，防止流入鼻腔被吸收引起副作用，甚至中毒。对本品过敏者禁用。② 本病扩瞳最为关键。如上述药物扩瞳效果不好，则应改用强力散瞳剂局部注射。因病人瞳孔散大，外出时应戴有色眼镜。③ 糖皮质激素应按规范使用，一般在症状控制后应先减半量，连用 2 周后再减半量。眼部症状消失后每周减半量使用，直至逐渐完全停药，以防反跳。一般先停口服药，然后再停眼部用药。④ 眼部症状完全消失后仍需局部用药 10 日以上。⑤ 如出现继发性青光眼，可使用抑制房水产生的抗青光眼药同时治疗。如仍不能控制病变发展，应及时转上级医院诊治。

九、 白内障

白内障是指眼球晶状体混浊而影响视力。引起晶体混浊的因素很多，常见的有老化、遗传、外伤、代谢异常、药物中毒、辐射、局部营养障碍等原因。白内障主要症状是视力障碍，它与晶状体混浊程度和部位有关。只有当白内障引起视力下降时才有临床意义。

白内障有许多类型，本文介绍最常见的老年性白内障。

【诊断要点】① 45 岁以上，双眼或前后发病，病变进展可有不同。② 初发期可无任何症状，或出现眼前固定黑点，一般不影响视力，当混浊发展进入瞳孔区可不同程度影响视力。当晶状体皮质全部混浊时，视力降至 1 m 以下，但光觉、色觉、光定位均正常。③ 混浊首先从晶状体赤道部前后皮质开始，呈楔状，小瞳孔下常不易发现。以后在瞳孔区可见灰白色，混浊逐渐扩大，终至晶体大部分混浊，瞳孔区呈灰白色或乳白色，斜照法检查时，虹膜投影消失。④ 若为老年性白内障发生在晶体核内，呈棕色。如进一步发展，可见晶体核呈棕褐色，视力明显减退。⑤ 无合并有致白内障的眼病或全身病。

【鉴别诊断】① 并发性白内障易与老年性后囊下白内障混淆，并发性患者常有引起晶状体混浊的原发病史，眼后极疾病引起的可见晶状体后极部盘状不均匀混浊，边缘不整齐且带有色彩和空泡。而老年性后极部盘状混浊边缘较规则，且没有彩色结晶。② 代谢性白内障最常见的糖和氨基酸代谢障碍，糖尿病晶体为点状或雪花状混浊，在短期内就可以发展为完全混浊，同时还可有虹膜病变、高压眼、糖尿病视网膜病变及有糖尿病史等，可以与老年性白内障鉴别，但值得注意的是老年患者，常同时有这两种白内障并存。

【治疗要点】治疗原则：视力影响不严重者，试行药物治疗；视力影响工作和生活时，手术是惟一的治疗方法。

1. 一般治疗　注意饮食调养，适当多食含维生素 C、维生素 B_2、维生

素 E 及含微量元素锌及硒的食物，少食含胆固醇高的食物，戒烟。

2. 对症治疗　常试用抗氧化损伤药物、醛糖还原酶抑制剂、清除自由基及维生素类药物，以延缓晶体混浊的发展。

初发期的老年性白内障，可用：

1) 吡诺克辛(白内停，卡他林)滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　法可林滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　视明露滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　利明滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　4%谷胱甘肽滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　法可立辛(治障宁)滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

2) 奥视明滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　珍珠明目滴眼液　滴眼　每日 4～6 次
或　麝珠明目滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

3) 维生素 C　0.2 g　口服　每日 2 次

4) 维生素 E　0.1 g　口服　每日 1 次

5) 维生素 B_2　10 mg　口服　每日 2 次

6) 苄吲酸-赖氨酸　0.5 g　口服　每日 3 次
或　葡萄糖酸锌　10 mg(以锌计)　口服　每日 2 次

7) 障眼明　4 片　口服　每日 3 次
或　消障丸　9 g　口服　每日 3 次
或　杞菊地黄丸　9 g　口服　每日 3 次

3. 手术治疗：如果视力下降已影响患者的正常生活与工作，在成熟期予手术摘除混浊晶状体并植入人工晶体是最有效的方法。

【注意事项】① 卡他林、治障宁等药对眼稍有刺激性，不影响使用。② 葡萄糖酸锌不可超量，可出现消化道反应。忌与牛奶、面包以及植物酸多的食物如芥菜、菠菜、韭菜、柠檬等同服。③ 白内障在治疗过程中除经常观察视力变化外，特别要注意眼压的变化。随着晶状体混浊度的改变，眼的屈光和视力也会发生相应的变化，所以病人配戴的眼镜应及时调整度数。④ 白内障的药物治疗效果不肯定，药物治疗往往只起延缓发展的作用。一旦视力影响病人工作和生活时，不应再作药物保守治疗，应考虑手术治疗。⑤ 注意本病易与代谢性白内障并存，手术前必须查明，如并存必须先控制好血糖、血脂，为手术治疗创造条件。

十、青光眼

青光眼是由病理性眼压升高引起视盘血流灌注不良合并视功能障碍

的疾病。眼压增高、视盘凹陷增大及视神经萎缩、视野缺损、视力下降是本病的主要特征。如不及时治疗，最终导致失明且无法挽救。

【诊断要点】青光眼的类型很多，目前我国以闭角型青光为多见。开角型青光眼是指在眼压升高时，虹膜角膜角（前房甲）仍保持开放为特点的青光眼。本节主要介绍急性闭角型青光眼的诊断要点。

① 临床前期：无任何症状。可有本病家族史。前房浅，房角窄，激发试验阳性。② 前驱期：轻度眼痛，视力减退，虹视，同侧偏头痛，鼻根及眼眶部酸痛；睫状充血，角膜稍水肿，瞳孔略大，眼压轻度升高。③ 急性发作期：剧烈眼痛，伴恶心、呕吐，视力剧降，显著睫状充血，角膜水肿，瞳孔散大，出现青光眼发作三联征（角膜后棕色沉着物、虹膜萎缩斑、晶体前囊下白色斑块）；眼压显著升高。④ 间歇期：急性发作后经治疗或自然缓解，此期可无任何不适。⑤ 慢性期：急性发作后症状未全部缓解，迁延而成。⑥ 绝对期：视力完全丧失，部分患眼可无胀痛，睫状充血减轻，部分有角膜大疱而有明显疼痛，前房极浅，虹膜萎缩，晶体可浑浊，可出现巩膜葡萄肿或眼球萎缩。⑦ 眼压描记和视野检查可明确诊断。

【鉴别诊断】主要与急性虹膜睫状体炎鉴别，见表 7－1－1。

表 7－1－1　急性闭角型青光眼与急性虹膜睫状体炎鉴别

	急性闭角型青光眼	急性虹膜睫状体炎
眼　压	明显升高	变红不大
晶　体	青光眼斑	渗出膜
瞳　孔	散大、椭圆形、光反应消失	缩小，后粘连，光反应存在
前　房	极浅	深度正常，闪辉(＋)
角　膜	混浊水肿，或有后单力层皱褶，有色素性 KP	透明，KP 为灰白色

【治疗要点】治疗原则：迅速控制眼压，使之不引起视神经损害，保护视功能。继发性青光眼应治疗原发病。

1. 一般治疗　病人要保持情绪稳定和良好的心态，不要过分兴奋，紧张，焦虑、悲伤。生活要有规律，寒冷时穿戴要适宜，衣领扣不能太紧，防止视网膜血供不足或头颈部血液回流受阻而加剧病情的发展。保持大便通畅。同时要注意用眼卫生，长时间、近距离和在黑暗的环境中工作应尽量避免。忌暴饮暴食。慎用咖啡。控制水饮用量。戒烟酒。慎用或禁用引起青光眼发作或加剧的药物。

2. 药物治疗　根据不同类型的青光眼分别选用抑制房水产生、促进房水排出、保护视神经功能等药物。

(1) 急性闭角型青光眼急性发作期，可用：

1) 1%匹罗卡品滴眼液　滴眼　5～10分钟1次　共3次　此后15～20分钟1次　共3次　等瞳孔缩小后，每日2～3次

2) 0.5%噻吗洛尔(噻吗心安)滴眼液　滴眼　每日2～3次

或　0.5%贝特舒滴眼液　滴眼　每日2～3次

或　卡替洛尔(美开朗)滴眼液　滴眼　每日2～3次

或　2%杜塞酰胺滴眼液　滴眼　每日2～3次

或　1%布林佐胺滴眼液　滴眼　每日2～3次

典必殊滴眼液　滴眼　每日4～6次

3) 20%甘露醇　1.0 g/kg　静脉滴注　每日2次

或　50%甘油盐水　1.0 g/kg　口服　每日2次

4) 醋氮酰胺　0.25 g　口服　每日3次

5) 氯化钾　0.25 g　口服　每日3次

6) 碳酸氢钠片　0.5 g　口服　每日3次

(2) 急性闭角型青光眼间歇期和慢性闭角型青光眼，可用：

1) 1%匹罗卡品滴眼液　滴眼　每日2次

2) 0.5%噻吗洛尔(噻吗心安)滴眼液　滴眼　每日2次

或　0.5%贝特舒滴眼液　滴眼　每日2次

或　卡替洛尔(美开朗)滴眼液　滴眼　每日2次

或　2%杜塞酰胺滴眼液　滴眼　每日2次

或　1%布林佐胺滴眼液　滴眼　每日2次

3) 麝珠明目滴眼液　滴眼　每日3次

4) 知柏地黄丸　9 g　口服　每日3次

(3) 原发性开角型青光眼，可用：

1) 适利达(拉坦前列素)滴眼液　滴眼　每日1次

或　0.1%地匹福林滴眼液　滴眼　每日3次

或　0.5%噻吗洛尔(噻吗心安)滴眼液　滴眼　每日2～3次

或　卡替洛尔(美开朗)滴眼液　滴眼　每日2～3次

或　贝特舒滴眼液　滴眼　每日2～3次

或　2%杜塞酰胺滴眼液　滴眼　每日2次

或　1%布林佐胺滴眼液　滴眼　每日2次

或　1%匹罗卡品滴眼液　滴眼　每日1～2次

2) 醋氮酰胺　0.25 g　口服　每日2次

3) 氯化钾　0.25 g　口服　每日2次

4) 碳酸氢钠片　0.5 g　口服　每日2次

5) 维生素 B_1　20 mg　口服　每日3次

(4) 青光眼睫状体炎综合征,可用:

1) 0.5%噻吗洛尔(噻吗心安)滴眼液　滴眼　每日2～3次

或　0.1%地匹福林滴眼液　滴眼　每日3次

2) 典必殊滴眼液　滴眼　每日4～6次

或　F的确当滴眼液　滴眼　每日4～6次

或　0.1%双氯芬酸滴眼液　滴眼　每日3～4次

或　麝珠明目滴眼液　滴眼　每日3次

3) 典必殊眼膏　涂眼　入睡前1次

4) 吲哚美辛(消炎痛)　25 mg　饭后口服　每日3次

或　氯芬那酸(氟灭酸)　0.2 g　饭后口服　每日3次

5) 知柏地黄丸　9 g　口服　每日3次

3. 手术治疗　主要用于闭角型青光眼,常用虹膜周边切除术(激光+手术)、小梁切除术等。

【注意事项】① 闭角型青光眼治疗原则以手术为主,不应药物控制满意而放弃手术选择;开角型青光眼以药物治疗为主;在药物不能控制病情发展时,应考虑手术治疗。继发性青光眼以治疗原发病为主。② 控制眼压联合用药方法一般是:适利达+β受体阻滞剂;β受体阻滞剂+匹罗卡品;β受体阻滞剂+地匹福林;匹罗卡品+适利达。以下4种组合,可任选其一,但应避免同类药物联合。应注意给药顺序。如适利达与匹罗卡品联合,临睡前1小时点匹罗卡品,睡前再加适利达可能效果最好。③ 要防止长期使用一种药物降眼压,避免出现耐药性。④ 要特别注意正常眼压性青光眼与高眼压症,前者眼压虽正常,但视功能有损害表现;后者眼压虽高,但视功能无改变,临床上应进行综合分析。⑤ 药物控制眼压不满意者应及时转上级医院治疗。

青光眼病人平时应注意:① 不要过于劳累及过度用眼。② 不要长时间在暗室逗留。③ 不宜戴黑色墨镜,宜择绿色太阳镜。④ 不要喝浓茶、咖啡,不要一次大量饮水。⑤ 有房角关闭危险的病人应告诉治疗医师,避免使用引起青光眼发作的药物,如抗解痉药、抗组织胺药、抗抑郁药等。

十一、 视网膜脱离

视网膜脱离是视网膜感觉层与色素上皮质分离的一种病态。临床上分为裂孔性、非裂孔性以及牵引性三种类型,以裂孔性最为常见,以20～55岁为多,男多于女。

【诊断要点】① 多发生于高度近视患者,常单眼发病。② 病初自觉眼前有黑影飘动和闪光感,继而视力下降,视物变形,视野缺损。若后极

部视网膜脱离，则视力下降明显。③ 检眼镜检查：玻璃体混浊，视网膜脱离去呈灰色或青灰色波浪状隆起，随眼球运动而飘动，血管色暗随视网膜皱褶而迂回弯曲。常可发现圆形、马蹄形或不规则形红色视网膜裂孔，以位于颞上象限居多。在锯齿缘区可见到视网膜退行性改变。用双目间接检眼镜配合巩膜压迫法或裂隙灯三面镜检查法有助于发现裂孔。④ 必要时作巩膜透照、B超及视网膜电生理检查等协助诊断。⑤ 一般患眼眼压低。

【鉴别诊断】

1. 孔源性视网膜脱离　① 多数病例突然发病，视力下降，也有一些病例有飞蚊症和闪光感等前驱症状。② 视网膜脱离的相应处有视野缺损。③ 眼底改变：视网膜灰白色或暗灰色呈球状或波浪状隆起，其表面可随眼球转动而略有飘动，爬行其上的血管迂回曲折。在脱离的视网膜上游裂孔。④ 眼压一般较低，若眼压过低，则引起虹膜血管性反应，出现KP及阳性 Tyndall 现象，有时伴有脉络膜脱离。

2. 牵引性视网膜脱离　可有玻璃体视网膜出血、炎症、外伤或手术史。玻璃体混浊机化，视网膜脱离处存在明显的玻璃体牵引，脱离后的视网膜活动度差，伴有或不伴有裂孔。

3. 非裂孔性视网膜脱离　有存在原发性眼部的响应的眼部表现，眼内压不低于正常，药物（如糖皮质激素）治疗，视网膜下积液可减少甚至消失。

【治疗要点】治疗原则：寻找裂孔，封闭裂孔，治疗原发病。

1. 一般治疗　注意用眼卫生，避免在电脑下连续工作，避免在光线不足的条件下读书、写作，多进食高蛋白、高维生素食品，配戴合适的近视眼镜。

2. 对症治疗

(1) 裂孔性网脱：以手术治疗为主。术前应反复寻找裂孔，手术的关键是封闭裂孔。可采用激光光凝、透热电凝或冷凝，使裂孔周围产生无菌性的脉络膜视网膜炎症以封闭裂孔。再根据视网膜脱离的具体情况选择放出视网膜下积液，巩膜外硅胶块垫压，巩膜还扎，玻璃体切除或玻璃体内气体或硅油注入等。使视网膜与脉络膜相贴，网膜复位。

(2) 非裂孔性网脱：一般不宜手术，以治疗原发病为主，如巩膜睫状体炎，参见虹膜睫状体炎节。

【注意事项】① 本病大约有 90%的病人可获一次手术成功。再次手术的成功率为 6%，术后视力的恢复程度取决于黄斑区脱离情况。巨大裂孔及玻璃体视网膜增生，病变严重者手术成功率低，预后差。长期大量使用维生素 A，谨防引起中毒，如出现颅内压升高、体视神经盘水肿、肝脾

大、瘙痒、低凝血酶原血症性出血以及骨骼系统改变等现象。孕妇慎用或禁用。② 高度近视的患者要配戴度数相符的近视眼镜，要注意用眼卫生，避免用力揉眼，晶体发生网脱，有可疑改变时及时检查眼底。

十二、 视网膜色素变性

视网膜色素变性是以视网膜感光细胞（光感受器）和色素上皮功能进行性受损为主要特征的一组遗传性疾病。临床特点为进行性视力减退、夜盲、视野缩小和眼底骨细胞样色素沉着。多为双眼发病，发病年龄多见于青少年。男性多于女性，病程进展缓慢。

【诊断要点】① 有家族遗传病史。② 青少年期发病，多为双眼，病程进展缓慢。早期为夜盲，晚期视力下降，甚至失明。③ 暗适应检查：早期杆体功能下降，杆体曲线终末阈值升高，后期杆体功能丧失。④ 视野：早期为环形暗点，以后逐渐发展为管状视野。⑤ 眼底检查：视网膜血管变细，有如骨细胞样色素沉着，视盘呈蜡黄色。⑥ 早期色觉正常，晚期色觉障碍（蓝色盲）。⑦ 晚期可并发白内障和青光眼。

【鉴别诊断】① 病毒性热疹后视网膜色素变性：多在病初 1 周后双眼视力下降，视野向心性缩小，以后底周边出现色素，类似典型视网膜色素变性改变。② 妊娠期麻疹致胎儿视网膜病变：由孕母在妊娠第 3 个月时患麻疹所致。患儿出生后眼底病变渐进发展，可见视网膜散在斑点状色素沉着，以后渐有骨细胞样改变。③ 梅毒性脉络膜视网膜炎：其视网膜色素沉着斑小，以后极部为多，椒盐状改变，夜盲不明显。视野无环形暗点。乳头色略淡，而不是蜡花色，视网膜电流图（ERG）可有振幅降低，梅毒相关检测阳性。

【治疗要点】治疗原则：目前尚无疗效确切的治疗方法。改善视网膜营养，调整免疫功能、防止并发症。

1. 一般治疗　要有心理准备，保持良好的心态，避免精神紧张和过度劳累；参加一定的体育锻炼及理疗，可能有助于延缓病变的过程；避免强光刺激，最好戴加有红外线滤光屏遮光眼镜，以免加速视细胞外极变性。注意食用富含丰富维生素 A、维生素 B、维生素 C、维生素 E 的新鲜蔬菜及动物内脏，少吃或不吃油炸、熏烤之物，戒烟酒。

2. 药物治疗　目前尚无特异性药物治疗。适当使用血管扩张剂、维生素类，能量及中药可能有益。

(1) 珍珠明目滴眼液　滴眼　每日 4～6 次

或　1%三磷腺苷溶液　滴眼　每日 4～6 次

(2) 维生素 B_1　30 mg　口服　每日 3 次

(3) 维生素 C　0.2 g　口服　每日 3 次

(4) 维生素 A　15 000 IU　口服　每日 1 次
(5) 曲克芦丁(维脑路通)　0.3 g　口服　每日 3 次
(6) 肌苷　0.2 g　口服　每日 3 次
(7) 明目地黄丸　9 g　口服　每日 2 次
或　杞菊地黄丸　9 g　口服　每日 2 次
或　右归丸　9 g　口服　每日 2 次
或　石斛夜光丸　9 g　口服　每日 2 次
(8) 复方丹参片　4 片　口服　每日 2 次

3. 对症治疗　① 当视力下降至 0.2 时，或有管状视野者，可试用助视镜。② 并发白内障，可考虑手术治疗，并植入人工晶状体。③ 如合并屈光不正，可用镜片矫正。

【注意事项】① 长期使用维生素 A 谨防引起中毒，如出现颅内压升高伴视神经盘水肿、肝脾肿大、瘙痒、低凝血酶原血症性出血以及骨骼系统改变等现象。孕妇慎用或禁用。② 中成药应根据个体情况选用 1～2 种，且应长期坚持服用。③ 可与针灸协同治疗。④ 积极防治并发症。

十三、 干眼症

干眼又称角、结膜干燥症，是指任何原因引起的泪液质和量异常或动力学异常导致的泪膜稳定性下降，并伴有眼部不适，导致眼表组织病变为特征的多种疾病的总称。最常见的症状是眼疲劳、异物感、干涩感。部分病人有烧灼感、眼胀感、眼痛、畏光、眼红等表现；体检时可发现球结膜血管扩张、球结膜失去光泽、皱褶、增厚、结膜穹隆部有微黄色黏丝状分泌物，角膜上皮点状脱落；病变继续发展可出现丝状角膜炎、角膜溃疡而严重影响视力。由于本病的患病率较高，又没有一项特异性试验能明确诊断，故结合临床综合判断十分必要。

【诊断要点】① 球结膜上皮干燥、肥厚、泪液不能湿润，形成蜡样外观。② 角膜干燥而混沌，视力下降。③ 结膜刮片可发现上皮细胞角化颗粒和大量干燥杆菌。④ 有营养不良或消化不良等病史。

【鉴别诊断】干燥综合征：其眼部症状与体征需与干眼症鉴别。① 干燥综合征是以外分泌腺高度淋巴为特征的自身免疫性疾病。而干眼症是由结膜组织本身的病变或全身性疾病引起的结膜干燥现象。② 干燥综合征常出现口、眼、鼻、气管、胃、胰、阴道等器官的干燥。而干眼症主要出现眼干燥。③ 前者 SSA 或 SSB(＋)，后者结膜刮片可发现大量干燥杆菌。④ 病史可帮助鉴别。

【治疗要点】治疗原则：消除外源性刺激，控制内源性疾病，重建和维持眼表的生理环境，防止并发症。

1. 一般治疗　保持良好的心态，多食富含维生素A的食物。改变不良的生活习惯，如饮酒、偏食、长时间接触电脑以及长时间在空调下工作等；治疗眼部疾病，如沙眼、慢性结膜、睑裂闭合不全等；必要时可暂时行泪小点封闭，以减少泪液蒸发。

2. 药物治疗　针对病因选用药物，局部与全身同时治疗。

(1) 原因不明的轻度干眼症及视屏终端性干眼症，可用：

1) 泪然滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　倍然滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　润洁滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　奥视明滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　贝复舒滴眼液　滴眼　每日4～6次

2) 0.5%红霉素眼膏　涂眼　入睡前1次

3) 维生素AD丸　口服　每日1次

(2) 蒸发过强型干眼症，可用：

1) 润舒滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　托百士滴眼液　滴眼　每日4～6次

2) F的确当滴眼液　滴眼　每日3次
或　0.1%地塞米松滴眼液　滴眼　每日3次

3) 泪然滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　倍然滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　润洁滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　奥视明滴眼液　滴眼　每日4～6次
或　20%素高捷疗眼膏睡前涂眼，每日1～2次
或　封闭泪点　减少泪液流出

4) 带亲水软角膜接触镜

5) 睑成形术或睑缘缝合，使睑闭合，保持眼湿润。

【注意事项】① 糖皮质激素滴眼液只能短期使用。② 不能长期使用含防腐剂的人工泪液或滴眼液。③ 对于重症水样液缺乏性干眼，药物治疗无效者可转上级医院试行自体游离颌下腺移植术。需注意腮腺管移植术虽可改善症状，但有时可造成流泪不止。

十四、眼碱化学伤

眼碱化学伤是以碱为主的化学物质所致的眼部损伤，多发生于化工厂、施工场所和实验室。日常生活中最常见的眼碱化学伤是石灰、水泥等物质。眼碱化学伤的程度与化学物质的种类、浓度、剂量、作用方式、接触时间、面积以及与化学物质的温度、压力等方面有关。主要表现为眼部疼

痛、异物感、流泪、红肿、视力减退等。由于碱能溶解脂肪和蛋白质，可促其渗透到深层和眼内，使细胞分解坏死，故受伤时症状不明显的病人不表示预后就好。如不及时处理或处理不当，病变则发展迅猛，抢救时机就会丧失，造成的后果也难以估量，最终可至失明。

【诊断要点】① 有化学性碱外伤史。② 有畏光、流泪、疼痛、眼睑痉挛、视力减退等症状。③ 碱性烧伤可继续渗透或扩张。

我国现行职业性化学性眼灼伤诊断及分级标准如下：

① 化学性结角膜炎：有明显的眼刺激症状、结膜充血、角膜上皮脱落、荧光素染色阳性。② 轻度眼灼伤：A. 睑皮肤或睑缘充血、水肿和水泡，但无后遗症；B. 结膜充血、出血、水肿；C. 角膜上皮弥漫性点状或片状脱落、浅实质层水肿。角膜缘无缺血或缺血＜1/4。③ 中度眼灼伤：除有上述B、C 二项，并有下列情况之一者：A. 出现结膜坏死，修复期出现睑球粘连；B. 角膜深实质层水肿、混浊，角膜缘缺血 1/4～1/2。④ 重度眼灼伤：凡有下列情况之一者：A. 睑皮肤、肌肉或睑板溃疡。出现睑外翻，眼睑闭合不全；B. 出现巩膜坏死，角膜全层混浊呈瓷白色或穿孔，角膜缘缺血＞1/2。

【治疗要点】治疗原则：现场急救，彻底冲洗，清除化学物质，预防感染，促进创面愈合，防止并发症。

1. 一般治疗　就地实行险前急救，不能揉眼，多进食含维生素 A 的食品，如胡萝卜、猪肝等。

2. 现场急救　一旦发生眼碱化学伤，应现场立即以大量清水充分冲洗伤眼。一般要求持续冲洗结膜囊至少 15～20 分钟。冲洗时应翻转眼睑，转动眼球，暴露上、下穹隆部，直至彻底清除化学物质为止。适当止痛，可滴 0.5%地卡因滴眼液 1～2 次，以解除眼睑痉挛有助于检查与治疗。

3. 对症治疗　选择具有中和作用的药物治疗；同时应根据不同阶段病变的特点而选用不同的治疗方法。

(1) 眼碱化学伤早期治疗可用：

　　0.1%阿托品滴眼液　滴眼　每日 3 次
或　托百士滴眼液　滴眼　每日 3～4 次
　　0.3%洛美沙星滴眼液　滴眼　每日 3～4 次
或　0.3%诺氟沙星滴眼液　滴眼　每日 3～4 次
或　0.25%氯霉素滴眼液　滴眼　每日 4 次
　　10%维生素 C 溶液　滴眼　每小时 1 次
　　0.5%依地酸二钠溶液　滴眼　每日 6 次
或　0.2%半胱氨酸滴眼液　滴眼　每日 6 次

或　10%N-乙酰半胱氨酸滴眼液　滴眼　每日6次

　　贝复舒滴眼液　滴眼　每日4～6次

或　角膜宁滴眼液　滴眼　每日4～6次

　　维生素C注射液　0.2 g　结膜下注射　每日1次

　　泼尼松　30 mg　晨8时顿服　每日1次　连用7日

　　吲哚美辛(消炎痛)　25 mg　饭后口服　每日3次

　　0.3%妥布霉素眼膏　涂眼　临睡前1次

　　(2) 预防角膜溃疡,可用:

　　维生素C注射液　2.0 g |
　　50%葡萄糖注射液　40 ml |　静脉注射　每日1次

　　复合维生素B　2片　口服　每日3次

　　维生素A　25 000 IU　口服　每日1次

　　(3) 预防感染,可用:头孢拉定　0.5 g　口服　每日4次

　　【注意事项】① 泼尼松应在伤后1周后停用,以免引起角膜溶解及穿孔。② 眼碱化学伤疗效多不理想。如受伤较重或现场急救处理后眼部刺激症状仍明显或出现并发症,则应立即转上级医院。③ 每次换药时用波棒分离粘连或用环状睑球隔离器装入结膜囊,以防粘连。④ 使用肝素375 U,稀释至0.3 ml,结膜下注射,每日1次,对溶解角膜缘血栓,疏通和恢复血微循环有一定效果。⑤ 如角膜损伤严重,可作球结膜放射状切开,结膜下再冲洗,或切除坏死的球结膜。⑥ 对结膜广泛坏死者,可考虑用自身球结膜或唇黏膜移植,借以去除残留化学物质,改善眼组织循环对角膜的营养。

十五、屈光不正

　　屈光不正是指眼在不使用调节时,来自5米以外的平行光线,经过眼的屈光作用后,不能准确地在视网膜上形成清晰的物像而在视网膜前或后方成像。常见的屈光不正有:近视、远视、散光和老视。

　　【诊断要点】

　　1. 近视　① 视力障碍:远视力减退,近视力正常。② 视疲劳,眼位偏斜,呈隐性外斜或外斜视。③ 眼球前后径变长,眼球稍有突出。④ 眼底改变:玻璃体液化、混浊和后脱离;视盘有近视弧形斑;视网膜呈豹纹状改变;黄斑区可见红变,色素紊乱,出血,新生血管生长、变性、萎缩,形成Fuchs斑。⑤ 巩膜后葡萄肿。⑥ 屈光测定,是近视屈光状态。

　　2. 远视　① 视力:轻度远视,远近视力均在正常范围,较早发生老视。中、高度远视,远、近视力都下降。甚至矫正视力也在1.0以下。② 视疲劳:眼球或眼眶可有隐痛,酸胀感,不同程度的头痛,甚至恶心、呕

吐，尤其阅读或近距离工作久后更为明显，休息片刻，上述症状减轻或消失。③ 内斜视。④ 眼底改变：中、高度远视眼视盘小，色较红。呈假性视盘炎改变。⑤ 角膜改变：角膜弯曲变小，呈扁平状。⑥ 眼球小，前后径短，呈远视屈光状态。

3. 散光　① 视力减退：轻度时视力尚好，高度时视力明显减退，常伴有弱视。② 视疲劳：眼胀痛、流泪、重影、头痛、视力不稳定；近距离工作不持久。③ 不正常头位：高度的不对称散光或斜轴散光者为看清目标，可有头位倾斜和斜颈。④ 看远、近物体常眯着眼看，以达到针裂和裂隙的作用。⑤ 呈散光屈光状态。

4. 老视是指在一手臂长的距离内有阅读和视觉困难，它与年龄有关，几乎是人人都会发生的，一般从 40～50 岁开始，随年龄增长逐渐加重。

【鉴别诊断】

1. 假性近视：假性近视是由于暂时性调节痉挛所引起。麻痹睫状肌后检影为 0 或±0.5D，近视消失，裸眼远、近视力≥1.0 者。

2. 青光眼：有典型的青光眼症状，角膜雾状混浊、水肿、瞳孔中度扩大，眼压高或视盘杯盘比增大，视野有弓形暗点及视野缩小。

【治疗要点】治疗原则：查清屈光性质，根据不同情况，采取不同措施矫正视力。

1. 一般治疗　注意用眼卫生，读书写字姿势要正确，光线要充足，不要躺在床上、走路、坐车时看书，保持生活的稳定，一旦发现视觉有异常，应及时诊疗。

2. 对症治疗

（1）近视：轻度和中度近视，在验光后可配适度的凹透镜片矫正视力。高度近视应使用完全矫正的镜片，不能耐受时，可适当降低度数（一般在－1.00～3.00D 之间），争取能够保持舒适和双眼视功能。矫正可考虑手术治疗，如准分子激光原位角膜磨镶术（LASIK）、准分子激光屈光性角膜切削术（PRK）等。

（2）远视：轻度远视，如视力正常，又无自觉症状，不需处理。如果有视疲劳症状或视力已受影响，应配戴合适的凸透镜片矫正。中度或高度远视，尤其伴有内斜视儿童应及早配镜。配镜前先滴 1%阿托品，使睫状肌麻痹进行检影。配镜实际度数要求从检影所得的度数中减去±1.00D，以适应睫状肌张力，如有内斜视，则应全矫正。远视还可用角膜接触镜调整。此外，高度远视、锥状角膜、外伤性白内障、无晶状体而又不能植入人工晶状体，或戴接触镜有困难者，可行表面角膜镜片术。轻中度可行巩膜延伸术、激光角膜热成形术。

(3) 散光：轻度规则散光，无视力疲劳者不必矫正，如有视力疲劳或视力模糊，即使度数不高，也应矫正。如度数太高，患者不能适应，可先给以较低的度数，待适应后再全部矫正。不规则散光配戴角膜接触镜矫正，还可行角膜移植术、LTK 等手术治疗。规则散光可行角膜自动板层角膜成形术(ALK)。

(4) 老视：看近时用凸透镜片补偿调节不足，即戴老视镜。

【注意事项】

1. 配镜时，必须注意屈光参差，即注意两眼的屈光度不相对称，存在显著差异。一般以两眼之间相差 3.0D 为界限。对低度的应充分矫正，如参差太大，对另一眼适当降低度数部分矫正，尽量提高视力。

2. 严格掌握屈光不正的手术适应证：① 手术年龄应在 18 岁以上，60 岁以下。② 屈光度数稳定达 2 年以上。③ 尽量排除进行性近视，矫正视力 0.8 以上。④ 无其他眼病及眼科手术史，身心健康。⑤ 无影响伤口愈合的全身性疾病。⑥ 患者自愿接受并能配合治疗。

3. 屈光性手术方法的选择：我国屈光性手术方法主要有：板层角膜成形术(ALK)、手动板层角膜切除术(MLK)、激光角膜热成形术(LTK)、放射状角膜切开术(PK)、准分子激光屈光性角膜切削术(PRK)、准分子激光原位角膜磨镶术(LASIK)等。其中 ALK、MLK 因手术复杂，精度不如准分子激光，未推广开展。LTK 适宜远视、散光，我国仅作为研究目的在应用。而 PK、PRK、LASIK 在我国已广泛应用，并处于领先地位。此外，我国也已开展镜片植入性的屈光不正的矫治。

4. 屈光不正在当前尚无法预防，但可通过验光作出诊断，并可选择眼镜、隐形眼镜或手术加以矫正。

(孙永彪)

第八章

常见耳鼻咽喉科疾病

第一节　常见耳部疾病

一、外耳道炎

外耳道炎是指细菌引起的外耳道皮肤及皮下组织弥漫性炎症。可分急、慢性两种。

【诊断要点】① 耳痛、压耳屏及牵拉耳廓时加重。② 外耳道弥漫性充血、肿胀、糜烂、渗液和结痂。③ 累及耳后时，乳突区红肿、压痛，乳突X线摄片正常。

【鉴别诊断】外耳道霉菌病：耳内奇痒，夜间加重，外耳道壁及鼓膜上有灰黄或褐色污秽痂皮，去痂后见皮肤充血、糜烂，痂皮镜检可见菌丝。

【治疗要点】治疗原则：根据不同类型选择相应的对症治疗。

1. 一般治疗　可用75%乙醇棉球填入外耳道湿敷，每日3次，每次半小时。局部可辅助超短波理疗或紫外线照射。

2. 药物治疗　根据外耳道炎的类型，选用抗生素、抗过敏或抗真菌治疗。

(1) 细菌感染所致的急性外耳道炎，可用：

阿莫西林　0.5 g　口服　每日3次　连用5～7日

或　青霉素　80万U　(皮试阴性)　肌内注射　每日2次　连用3～7日

或　头孢拉定　1 g　口服　每日4次　连用5～7日

或　头孢呋辛　0.25 g　口服　每日2次　连用5～7日

或　罗红霉素　150 mg　口服　每日2次　连用5～7日

2%酚甘油　滴耳　每日3次　连用5～7日

(2) 湿疹性外耳道炎，可用：

氯苯那敏(扑尔敏)　4 mg　口服　每日3次　连用7～10日

或　西替利嗪　10 mg　口服　每日1次　连用7～10日

氧化锌软膏　涂外耳道　每日3次　连用7～10日

或　皮炎平软膏　涂外耳道　每日3次　连用7～10日

(3) 真菌性外耳道炎，可用：

3%水杨酸酒精　滴耳　每日3次　连用10～14日

或　1%麝香草酚酒精　滴耳　每日3次　连用10～14日

硝酸咪康唑乳膏(达克宁)　涂耳　每日2次　连用7～14日

或　盐酸特比萘芬乳膏(兰美抒)　涂耳　每日2次　连用7～14日

(4) 慢性外耳炎可局部用3%过氧化氢清洗，清除痂皮，涂以抗生素药膏。

【注意事项】① 抗真菌类外用药物可先用水剂，浸泡15分钟让液体流出，等耳道稍干后再涂乳膏剂，涂乳膏剂前可先用消毒棉签蘸温开水轻轻擦去前次残留药物。② 久治不愈的外耳道炎要排除糖尿病。③ 进行性发展的外耳道炎要警惕坏死性外耳道炎的可能。糖尿病易致坏死性外耳道炎。

二、 急性化脓性中耳炎

急性化脓性中耳炎是细菌感染引起的中耳化脓性炎症。致病菌常为链球菌、流感杆菌、葡萄球菌及铜绿假单胞菌等。致病菌侵入中耳的途径有：咽鼓管、鼓膜外伤、血性感染等。

【诊断要点】① 耳深部疼痛，可放射至同侧额、颞、顶部。② 耳道流脓，流脓后耳痛减轻，听力反而提高。③ 鼓膜充血、穿孔。④ 听力下降，听力损失可达40～50 db，呈传导性聋。⑤ 可伴有发热，白细胞总数升高。

【鉴别诊断】外耳道疖：① 鼓膜无改变。② 外耳道软骨部皮肤红肿、触痛。③ 外耳道可见黄白色脓点。④ 无听力障碍。

【治疗要点】治疗原则：控制感染，保持中耳脓液引流通畅，防止并发症。

1. 一般治疗　注意休息，保持鼻腔通畅，鼻涕多可用1%麻黄碱滴鼻或喷雾鼻咽部，减轻咽鼓管咽口肿胀，以利中耳腔引流。

2. 药物治疗　选用局部及全身药物治疗，并积极治疗鼻部及咽部慢性疾病。

(1) 球菌类感染，可用：

青霉素　400万U　|　(皮试阴性)

生理盐水　250 ml　|　静脉滴注　每日2次　连用5～7日

或　头孢拉定　2 g　|　(皮试阴性)

生理盐水　250 ml　|　静脉滴注　每日2次　连用5～7日

3%过氧化氢(双氧水)　30 ml　清洗耳道脓液　每日3次　连用5～7日

氧氟沙星滴耳剂　滴耳　每日3次　连用7～10日

或　2%氯霉素甘油滴耳剂　滴耳　每日3次　连用7～10日

(2) 杆菌类感染，可用：

氨苄西林(氨苄青霉素)　2.0 ｜ (皮试阴性)　静脉滴注
生理盐水　250 ml ｜ 每日2次　连用5～7日

或　头孢呋辛　1.5 g ｜ (皮试阴性)　静脉滴注
生理盐水　250 ml ｜ 每日2次　连用4～5日

3%过氧化氢(双氧水)　30 ml　清洗耳道脓液　每日3次　连用5～7日

氧氟沙星(泰利必妥)滴耳剂　10 ml　滴耳　每日3次　连用7～10日

【注意事项】① 中耳积脓鼓膜未穿破者，经抗炎治疗后耳痛、发热不消退，可作鼓膜切开引流，有助于早日康复。有条件时应作脓液培养，并作药敏试验，根据结果选用敏感抗生素。抗生素宜早用，足量使用。② 急性中耳炎鼓膜穿孔，炎症控制后大多在3～6个月内穿孔鼓膜自行愈合。③ 滴耳药使用前应将耳道脓液用双氧水清洗干净，滴入药物应浸泡15分钟以上。④ 积极防治可能出现耳源性脑膜炎，耳源性脑脓肿，乙状窦血栓性静脉炎等严重并发症。

三、 慢性化脓性中耳炎

本病是中耳黏膜、骨膜或深达骨质的慢性化脓性炎症。可分为单纯型，骨疡型，表皮样瘤型，重者危及生命。致病菌常为金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌及变形杆菌。

【诊断要点】① 反复或长期耳流脓。② 鼓膜穿孔及传导性聋。③ 乳突摄片了解有无骨质破坏。CT有助于对病变类型作出诊断。④ 注意与慢性肉芽性鼓膜炎、中耳癌和结核性中耳炎鉴别，可通过影像学检查病理检查相鉴别。

【鉴别诊断】三种类型的鉴别见表8-1-1。

表8-1-1　慢性化脓性中耳炎三种类型的鉴别

	单纯型	骨疡型	表皮样瘤型
耳内流脓	多少不等，不臭	持续流脓，有臭味	无流脓史　继发性持续流脓，有恶臭
鼓膜穿孔	紧张部穿孔 中央性穿孔	紧张部大穿孔 边缘性穿孔	松弛部或紧张部后上方穿孔 边缘性穿孔
耳聋	不同程度的传导性聋	不同程度的传导性聋	上鼓室表皮样瘤听力正常，可有传导性聋或混合型聋

【治疗要点】治疗原则：消除病因，控制炎症、消除病灶、防止并发症，尽可能保存或改善听力。

1. 一般治疗　注意防治上呼吸道感染，避免中耳进水，避免过度疲劳。积极治疗上呼吸道感染性疾病。

2. 对症治疗

（1）单纯型：① 以局部用药治疗为主，如氧氟沙星滴耳。② 流脓停止，耳内完全干燥后穿孔或可自愈，不愈者须行鼓膜成形术。③ 急性发作时应全身应用抗生素，如头孢类抗生素。

（2）骨疡型：① 引流通畅者，以局部用药为主（同单纯型），但应注意定期复查。② 小的肉芽可用 10%～20%硝酸银烧灼；大的肉芽最好在显微镜下刮除。③ 引流不畅，保守治疗无效或疑有并发症者，应行乳突手术。

（3）表皮样瘤型：应及时施行手术，常行鼓室成形术。

【注意事项】① 氨基糖苷类抗生素滴耳剂可引起内耳中毒，应慎用，特殊情况必须使用时应注意观察听力、耳鸣，使用期限不宜超过 1 周，儿童忌用。② 粉剂易堵塞穿孔，不利引流，鼓膜穿孔小，脓液又较多者应忌用。③ 慢性化脓性中耳炎一旦出现高热、头痛、眩晕、面瘫等症状时应尽快手术治疗，并及时与家属沟通，必要时转院治疗。特别注意可能出现耳源性脑膜炎等严重并发症。

四、乳突炎

乳突炎是乳突的气房黏膜及骨质的化脓性炎症。感染多来自中耳炎，少数源于外伤或血行感染。乳突炎可分急性乳突炎和慢性乳突炎两类。急性乳突炎多由急性化脓性中耳炎发展而来；慢性乳突炎常与慢性化脓中耳炎同时存在，也有学者将其列为慢性化脓性中耳炎的并发症。

【诊断要点】

1. 急性乳突炎　① 发热较高，可达 39℃以上。② 耳内剧烈跳痛，夜间加重。③ 骨性外耳道上壁红肿、塌陷。鼓膜充血，松弛部膨出。鼓膜穿孔一般较小，穿孔处有脓液搏动，脓量一般较多。④ 乳突部皮肤红肿、压痛明显。⑤ 乳突 X 线片或 CT 片早期示气房模糊不清，脓肿形成后房隔不清，融合为一透亮区。⑥ 白细胞计数升高；多形核白细胞增加。⑦ 急性化脓性中耳炎恢复期中，大约在病程 3～4 周，各种症状不减轻反而加重，应考虑本病之可能。

2. 慢性乳突炎　① 有慢性化脓性中耳炎病史：耳内长期流脓、鼓膜穿孔，听力下降。② 乳突骨质无破坏者，鼓膜多为中央性大小不等的穿孔；有间隙性流脓，为黏液性或黏液脓性无臭的分泌物，传导性听力损失，

轻度减轻。③ 乳突骨质有破坏者，分泌物为脓性，有恶臭，多为持续性流脓，鼓膜可为松弛部或紧张部边缘性穿孔，或为大穿孔，常有肉芽、息肉或表皮样瘤样物，传导性听力损失较重。④ 乳突X线摄片或颞骨CT扫描示乳突气化大多不良，呈硬化型或板障型，气房充气不良，可有软组织阴影，或有骨质破坏，边缘清晰、锐利。

【治疗要点】治疗原则：控制炎症、消除病灶、通畅引流、防止并发症。

1. 急性乳突炎应及时施行乳突手术。

2. 慢性乳突炎视乳突病变情况，按照慢性化脓性中耳炎三种不同类型的治疗方法处理。

3. 药物治疗　急性乳突炎须全身应用大剂量抗生素控制炎症。

(1) 急性乳突炎，可用：

青霉素　400万U |（皮试阴性）
生理盐水　250 ml | 静脉滴注　每日2次　连用7～10日

或 头孢呋辛　1.5 g |（皮试阴性）
生理盐水　250 ml | 静脉滴注　每日2次　连用6～8日

或 头孢噻肟　2 g |（皮试阴性）
生理盐水　250 ml | 静脉滴注，每日2次　连用5～7日

(2) 慢性乳突炎，可用：

头孢克洛　0.25 g　口服　每日3次　连用7～10日

或 复方磺胺甲噁唑(复方新诺明)　0.5 g　口服　每日2次　连用10～14日

氧氟沙星(泰利必妥)滴耳剂　10 ml　滴耳　每日3次　连用14～20日

3%过氧化氢(双氧水)　30 ml　清洗耳道脓液　每日3次　连用7～10日

【注意事项】① 磺胺药过敏者及孕妇忌用复方磺胺甲噁唑(复方新诺明)，服复方新诺明应同时服碳酸氢钠片0.5 g每日2次。② 长期应用复方磺胺甲噁唑(复方新诺明)应复查尿常规及肝肾功能。③ 头孢类抗生素禁用于对本品过敏者。

五、梅尼埃病

梅尼埃病是一种原因不明，以内耳迷路积水所致的以发作性眩晕、波动性听力减退、耳鸣为主要症状的耳病。

【诊断要点】① 发作性眩晕，呈突发旋转性，伴恶心、呕吐。② 波动性、渐进性耳聋。③ 耳鸣，多出现在眩晕发作之前。④ 耳胀满感。⑤ 甘油试验、电测听检查有助于诊断。

【鉴别诊断】① 颈性眩晕：有颈椎病史，年龄常在45岁以上，表现为椎动脉供血不足，颈椎X线摄片可帮助鉴别。② 岩锥炎：有急慢性中耳、乳突炎病史，出现复视、眼外直肌瘫痪、眩晕、恶心、呕吐、影像学检查可帮助鉴别。

【治疗要点】治疗原则：分保守治疗和手术治疗两方面。由于病因、发病机制未明确，目前多采用以调节植物神经功能，改善内耳微循环，解除迷路水肿为主的综合治疗。

1. 一般治疗　发作期应卧床休息，选用高蛋白、高维生素、低脂肪、低盐饮食，消除心理负担，保持良好的精神状态。

2. 药物治疗　主要选用血管扩张剂、脱水剂、镇静剂、自主神经调节剂等药物治疗。

(1) 调节植物神经功能，改善内耳循环，可用：

茶苯海明(晕海宁)　25 mg　口服　每日3次　连用3～5日

或　倍他司汀　6 mg　口服　每日3次　连用5～7日

谷维素　10 mg　口服　每日3次　连用20～30日

50%葡萄糖注射液　60 ml
维生素 B_6　50 mg　静脉注射　每日1次　连用2～3日

(2) 解除迷路水肿，可用：

苯海拉明　25 mg　口服　每日2次　连用3～5日

氟桂利嗪(西比灵)　5 mg　口服　每日1次　连用10～15日

维生素 B_1　10 mg　口服　每日3次　连用20～30日

氯噻酮　100 mg　口服　隔日1次　连用4～6日

或　山梨醇　250 ml　快速静脉滴注　每日1次　连用3～4日

3. 手术治疗：在明确病因后，可制订适合的手术方案，但必须经正规保守治疗无效后，方可考虑。

【注意事项】① 肝肾功能不全及孕妇禁用氯噻酮。糖尿病患者禁用高渗葡萄糖。② 对频繁发作的病人，最好住院治疗。③ 一般病人保守治疗效果明显，为防止复发，应查明病因，针对相关病因进行治疗。

第二节　常见鼻部疾病

一、急性鼻炎

急性鼻炎是由病毒引起的鼻腔黏膜急性炎症，主要为病毒感染，后期可并发细菌感染。许多急性传染病常以鼻炎为其前驱症状。

【诊断要点】① 鼻塞，鼻腔流水样、黏性或脓性分泌物。嗅觉减退，说

话呈闭塞性鼻音。② 畏寒、发热、头痛、全身不适。③ 局部检查可见鼻黏膜红肿，鼻腔有大量分泌物，甚至有脓涕。

【鉴别诊断】变应性鼻炎：突发性鼻痒、喷嚏、流清涕，鼻部症状常在半天以内，几无全身症状。此外，应注意与急性传染病前驱症状相鉴别，一般通过流行病学资料分析鉴别不难。

【治疗要点】治疗原则：改善鼻腔通气引流、预防并发症。

1. 一般治疗　多饮水，饮食清淡，通大便，发病初期即注意休息。

2. 药物治疗　局部应用血管收缩剂，全身应用抗病毒及解热药。并发细菌感染可应用抗生素。

(1) 发病初期发热者，可用：

阿司匹林　0.5 g　口服　每日 3 次　连用 1～3 日

阿昔洛韦　0.2 g　口服　每日 3 次　连用 5～7 日

或　板蓝根冲剂 1 包　冲服　每日 2 次，连用 3～5 日

维生素 C　0.2 g　口服　每日 3 次　连用 5～7 日

1%麻黄碱滴鼻液　10 ml　滴鼻　每日 3 次　连用 5～7 日

或　羟甲唑啉　滴鼻　每日 3 次　连用 5～7 日

(2) 发病末期有脓涕者，可用：

阿莫西林　0.5 g　口服　每日 3 次　连用 3～5 日

1%呋喃西林麻黄碱滴鼻液　滴鼻　每日 3 次　连用 3～5 日，不要超过 1 周

【注意事项】① 本病常作为某些急性呼吸系统传染病的前驱症状，诊疗中必须特别注意。② 本病如及时治疗可痊愈。③ 积极防治并发症。本病易并发鼻窦炎、气管炎，易继发细菌感染，致使流脓涕、咳嗽、咳痰，拖延日久，应尽早使用抗生素。

二、慢性鼻炎

慢性鼻炎是指持续 4 周以上或炎症反复发作的鼻黏膜及黏膜下层的慢性炎症，常无明确的致病微生物感染。可分为慢性单纯性鼻炎及慢性肥厚性鼻炎两种类型。

【诊断要点】① 有鼻塞、流鼻涕、闭塞性鼻音等临床症状。② 对1%麻黄碱液的反应：单纯性滴后鼻腔立即通气；肥厚性鼻腔通气改善不明显或无改善。③ 局部检查单纯性鼻炎为单侧下鼻甲肿大，肥厚性鼻炎则为双侧下鼻甲肥大。

【鉴别诊断】① 鼻息肉：鼻镜检查可见葡萄状货鲜荔枝肉状的息肉；触之易出血，可见于一侧或双侧鼻腔，可平复或重复。② 上颌窦炎：上颌窦穿刺冲洗现脓液，X 线或 CT 检查可明确诊断。

【治疗要点】治疗原则：去除病因，消除黏膜肿胀，恢复鼻腔通气功能。

1. 一般治疗　加强身体锻炼，提高抵抗力。

2. 局部治疗　鼻甲激光、冷冻、超短波或注射硬化剂。

3. 外科治疗　弥漫性增生者，可用温控射频、等离子射频下消融下鼻甲，骨性肥大者，可行下鼻甲成形术或黏膜下切除术。下鼻减容术应在矫正鼻腔其他畸形的基础上进行。

4. 对症治疗可用

1%麻黄碱滴鼻液　滴鼻　每日3次　连用5～7日

鼻炎康　10 g　口服　每日3次　连用10～14日

或　丙酸倍氯米松鼻喷雾剂(伯克纳)　喷鼻　每日2次，连用7～10日

或　达芬霖(羟甲唑啉)　滴鼻　每日3次　连用5～7日

藿胆丸　10 g　口服　每日3次　连用10～14日

【注意事项】① 麻黄碱或拟肾上腺素类药物使用5～7日为1疗程，如仍需继续使用需停用2～3日。长期使用易致药物性鼻炎。② 不能盲目使用鼻喷糖皮质激素治疗，最好在专科医师指导下使用。③ 本病治疗过程中，应注意去除病因，注意鼻腔结构的解剖异常，矫正鼻腔畸形，必要时行鼻窦CT检查。④ 注意询问有无服用降压药、避孕药及血管收缩剂等药物史，并分析这些药物与本病症状的关系。

三、变应性鼻炎

变应性鼻炎旧称变态反应性鼻炎、过敏性鼻炎。该病是在变应原(抗原)作用下经免疫学机制产生的鼻黏膜变态反应性炎症，呈常年性和季节性发作。

【诊断要点】① 鼻塞、鼻痒、喷嚏、流涕，4大症状中至少有3个。② 除上述症状较重外，可出现眼痒、流泪，咽喉、气管发痒，咳嗽、哮喘等，且在某一特定季节发作。③ 局部检查见鼻黏膜水肿呈苍白色或灰蓝色，下鼻甲肿大或水肿。④ 鼻分泌物涂片在发病期嗜酸粒细胞阳性。⑤ 变应原皮肤试验呈阳性反应。

【鉴别诊断】急性鼻炎：为急性感染性炎症，主要为病毒感染，许多急性呼吸系统传染病常以鼻炎为其前驱症状，与哮喘之间无相关性。

【治疗要点】治疗原则：尽量避免接触过敏源，抑制过敏反应，消除鼻腔黏膜水肿。

1. 一般治疗　避免与变应原接触，清洁室内，注意通风，坚持每日用冷水洗脸。

2. 局部治疗　鼻甲激光、射频、冷冻及鼻内神经切断。

3. 免疫治疗　采用标准化或纯化的变应原浸液或疫苗，坚持数年有一定疗效。

4. 手术治疗　常采用下鼻甲部分切除术，筛前神经切断术或电灼术等。

5. 药物治疗　包括减充血剂、抗组胺剂、糖皮质激素、肥大细胞稳定剂、免疫调节剂等。

(1) 急性发作期，可用：

西替利嗪　10 mg　口服　每日1次　连用21～28日
或　氯雷他定　10 mg　口服　每日1次　连用21～28日
丙酸倍氯米松鼻喷雾剂（伯克纳喷雾剂）　喷鼻　每日2次　连用7～14日
或　雷诺考特喷雾剂　喷鼻　每日2次　连用7～14日
或　丙酸氟替卡松水溶性鼻喷雾剂（辅舒良喷雾剂）喷鼻　每日2次　连用7～14日
或　糠酸莫米松鼻喷雾剂（内舒拿喷雾剂）　喷鼻　每日2次　连用7～14日
立复汀喷雾剂　喷鼻　每日3次　连用7～14日
达芬霖喷雾剂　喷鼻　每日3次　连用5～7日

(2) 症状控制维持治疗，可用：

辅舒良喷雾剂　喷鼻　每日1次　连用21～28日
或　内舒拿喷雾剂　喷鼻　每日1次　连用21～28日
或　伯克纳喷雾剂　喷鼻　每日1次　连用21～28日
或　雷诺考特喷雾剂　喷鼻　每日1次　连用21～28日

(3) 2岁以下儿童，可用：

2%色甘酸钠滴鼻液　滴鼻　每日3次　连用21～28日
0.5%麻黄碱滴鼻液　滴鼻　每日3次　连用5～7日
酮替芬　0.5 mg　每日2次　连用14～21日

【注意事项】① 伯克纳、雷诺考特、辅舒良、内舒拿均为糖皮质激素类局部用药，症状控制后每日凌晨喷1次即可，此时与体内激素分泌时间一致，可减少不良反应。维持治疗可隔日或隔2日凌晨喷1次，根据病人情况掌握，可持续使用3个月，有良好的治疗效果。② 孕妇及糖尿病病人禁服酮替芬。③ 变应性鼻炎合并有哮喘病的患者或变应性鼻炎频繁发作，变应原明确可行免疫疗法，鼻甲局部激光、射频或冷冻等治疗可减低鼻黏膜敏感性。④ 现在研究表明，本病与哮喘应视为一个疾病实体，本病约有1/3合并哮喘，约80%的哮喘合并本病。变应原主要为花粉、屋尘、螨和宠物皮损等。本病有逐年增加的趋势，我国估计约有2 000万～4 000

万人发病。

四、上颌窦炎

上颌窦炎为临床常见病。各窦均可单独发病。亦可同时多个鼻窦罹病或全部鼻窦患病，分别称为多鼻窦炎和全鼻窦炎。上颌窦炎可分急性和慢性两种。急性上颌窦炎是鼻窦黏膜的急性炎症，多继发于急性鼻炎。慢性上颌窦炎多因急性鼻窦炎引流不畅，或治疗不彻底，以致炎症迁延不愈转化而来。但牙源性上颌窦炎和部分筛窦炎可呈慢性经过而发病。

【诊断要点】

1. 急性上颌窦炎　① 鼻塞、流脓涕，亦可有发热。② 头痛：头痛多为同侧性，其部位与特点因不同鼻窦而异。③ 局部检查可见鼻甲肿胀。④ X线摄片检查示鼻窦模糊，密度增高，CT 可明确诊断。⑤ 上颌窦穿刺可吸出脓液或冲洗出脓液。

2. 亚急性上颌窦炎　① 急性治疗 2 周，全身症状缓解，局部症状存在。② 其他检查与急性病例相似。

3. 慢性上颌窦炎　① 鼻塞、流脓涕或抽吸脓，多头痛及嗅觉障碍。② 可有疲倦乏力，头昏脑涨，记忆力减退。③ 牙源性感染，鼻腔分泌物多有恶臭味。④ 局部检查可见中鼻道有黏性或脓性分泌物。

【鉴别诊断】主要与鼻炎鉴别，一般不难，可以仔细询问病史和详细检查。

【治疗要点】治疗原则：改善通气，通畅引流，控制感染，去除病灶，预防并发症。

1. 一般治疗　增强体质，预防感冒，积极治疗全身慢性病，认真处理能引起鼻窦炎的邻近器官的急、慢性炎症病灶。

2. 手术治疗　大多采用功能性鼻窦内窥镜手术。

3. 药物治疗　选用血管减充剂、抗菌药物。

(1) 抗感染治疗，可用：

青霉素　400 万 U ｜（皮试阴性）
生理盐水　250 ml ｜ 静脉滴注　每日 2 次　连用 5～7 日

或　头孢呋辛　1.5 g ｜（皮试阴性）
生理盐水　250 ml ｜ 静脉滴注　每日 2 次　连用 4～6 日

或　头孢噻肟　2 g ｜（皮试阴性）
生理盐水　250 ml ｜ 静脉滴注　每日 2 次　连用 4～6 日

或　环丙沙星　100 mg ｜
5%葡萄糖注射液　250 ml ｜ 静脉滴注　每日 2 次　连用 4～6 日

1%呋喃西林麻黄碱滴鼻液　滴鼻　每日 3 次　连用 5～7 日

鼻渊舒口服液　10 ml　口服　每日 3 次　连用 7～14 日

或　鼻窦炎口服液　10 ml　口服　每日 3 次　连用 7～14 日

标准桃金娘油胶囊(吉诺通)　0.3 g　口服　每日 3 次　连用 14～21 日

或　仙璐贝　30 滴　口服　每日 3 次　连用 14～21 日

(2) 慢性上颌窦炎,可用:

鼻渊舒口服液　10 ml　口服　每日 3 次　连用 7～14 日

或　鼻窦炎口服液　10 ml　口服　每日 3 次　连用 7～14 日

标准桃金娘油胶囊(吉诺通)　0.3 g　口服　每日 2 次　连用 14～21 日

或　仙璐贝　30 滴　口服　每日 3 次　连用 14～21 日

【注意事项】① 抗感染治疗:主要适用于急性、亚急性病人,慢性病人只有在有急性发作征象者或有化脓性并发症的时候,才给予肌内注射或静脉滴注抗菌药物,待急性症状控制后可改口服抗菌药 1 周。抗菌药的选用最好以药敏为依据。② 如确诊为上颌窦炎,不论是慢性或急性在抗生素控制下均可进行上颌窦穿刺冲洗治疗,可立即解除患者头痛等症状,冲洗后可在窦腔内注入甲硝唑。③ 手术治疗:首选鼻内镜手术,急性期一般不手术,但如果保守治疗效果不佳,或疑有并发症,可在使用抗生素的前提下开放鼻窦引流。

五、鼻前庭炎

鼻前庭炎是相当于鼻翼内空间皮肤的弥漫性炎症,常由鼻腔内分泌物的刺激,有害粉尘的刺激,或挖鼻损伤所引起。糖尿病、急慢性鼻炎、鼻窦炎为主要病因。

【诊断要点】① 急性鼻前庭炎:鼻前庭处疼痛较剧,局部皮肤弥漫性红肿或糜烂。② 慢性鼻前庭炎:鼻前庭发热、发干、发痒,有触痛,局部皮肤增厚,有痂皮形成,揭痂后可有出血,鼻毛因脱落而稀少。慢性鼻前庭炎可以是湿疹性或真菌感染所致。

【鉴别诊断】鼻前庭湿疹:① 以局部表浅粗糙脱屑为主要改变。② 局部症状以痒为主。③ 不红肿。④ 几乎不痛。

【治疗要点】治疗原则:消除鼻腔内刺激性分泌物,控制局部炎症。

1. 一般治疗　急性鼻前庭炎可用 75%酒精棉片局部湿敷,每日 3 次,每次半小时。辅以局部理疗。

2. 药物治疗　酌情选用抗生素、局部应用消炎药膏。

(1) 急性鼻前庭炎,可用:

青霉素　80 万 U　(皮试阴性)　肌内注射　每日 2 次　连用 5～

7日

或　头孢拉定　0.5 g　口服　每日3次　连用5～7日

或　罗红霉素　0.15 g　口服　每日2次　连用5～7日

2.5%碘酊　局部涂擦　每日2次　连用2～3日

或　鱼石脂软膏　局部涂擦　每日2次　连用3～5日

尚可湿热敷或局部红外线照射

(2) 慢性鼻前庭炎患者，可用：

3%过氧化氢(双氧水)　30 ml　局部清洗　每日3次　连用10～14日

2%黄降汞软膏　局部涂擦　每日3次　连用10～14日

或　0.5%金霉素眼膏　局部涂擦　每日3次　连用10～14日

(3) 鼻前庭湿疹患者，可用：

氧化锌软膏　局部涂擦　每日2次　连用10～14日

或　肤轻松软膏　局部涂擦　每日3次　连用10～14日

皮肤糜烂和皲裂可用10%硝酸银涂擦，再以抗生素软膏外用。

【注意事项】① 本病在急性期应积极控制炎症，慢性期以局部用药为主。② 注意改变挖鼻的不良习惯，特别要注意养成良好的卫生习惯。③ 对反复发作者应查血糖，如与糖尿病有关，必须降糖治疗。

第三节　常见咽喉部疾病

一、咽炎

咽炎是咽部黏膜与黏膜下层组织的炎症，可分为急性咽炎与慢性咽炎两种类型。急性由病毒或细菌感染引起，慢性多因急性迁延而引起。

【诊断要点】① 急性咽炎：咽痛，吞咽时疼痛加剧，咽分泌物增多，可伴发热，周身不适。局部检查可见咽部急性充血，腭弓、悬雍垂水肿。② 慢性咽炎：咽不适感、异物感，发干或轻度疼痛，咽部刺痒、干咳。局部检查可见咽暗红充血，咽后壁淋巴滤泡增生。③ 萎缩性咽炎则表现咽干燥，黏膜呈菲薄状。

【鉴别诊断】主要注意与咽喉部或食管肿物、结核等鉴别，常根据病程、病理检查、食管钡透相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：对症治疗，控制炎症，防止并发症。

1. 一般治疗　可用淡盐水漱口，或用复方硼砂溶液漱口。

2. 药物治疗　急性咽炎可酌情使用抗生素，慢性咽炎可用中成药治疗。

(1) 急性咽炎，可用：

青霉素　80万U　(皮试阴性)　肌内注射　每日2次　连用5～7日

或　阿莫西林　0.5 g　口服　每日3次　连用5～7日

或　头孢拉定　0.5 g　口服　每日3次　连用5～7日

或　阿昔洛韦　0.2 g　口服　每日3次　连用5～7日

碘含片　含服　每4小时1次　连用5～7日

或　草珊瑚含片　含服　每4小时1次　连用5～7日

(2) 慢性咽炎，可用：

金嗓清音丸　10 g　每日2次　连用14～21日

或　金嗓利咽丸　10 g　每日2次　连用14～21日

或　六神丸　3 g　每日2次　连用14～21日

薄荷含片　含服　每4小时1次　连用14～21日

或　银黄含片　含服　每4小时1次　连用14～21日

【注意事项】① 孕妇禁用六神丸、金嗓利咽丸、金嗓清音丸，六神丸过量可引起中毒。② 急性咽炎应以使用抗生素控制感染为主要的治疗方法，慢性咽炎主要是用中成药调理，特别要注意保护咽部。③ 注意加强局部治疗：急性期：A. 含漱液漱口；B. 1%碘甘油或1%弱蛋白银涂擦咽壁；C. 颈部淋巴结肿痛，可予热敷；D. 若炎症侵及喉部及气管，可给予抗生素、糖皮质激素雾化吸入。慢性期：A. 咽部灌洗；B. 1%～2%碘甘油涂布或喷雾；C. 蒸汽及雾化吸入。④ 局部不可施行烧灼治疗。⑤ 摘除扁桃体宜慎重，以免加重咽干。⑥ 对肥厚增生的悬雍垂，若经含漱或局部用药效果不理想者，可考虑施行悬雍垂截短术。⑦ 注意自我保健：A. 加强体育锻炼，增强体质；B. 如鼻腔、鼻窦疾患、全身疾病者注意加强病因治疗；C. 减少咽部刺激，戒烟酒，少食辛辣食品，少讲话；D. 避免接触粉尘及有害气体。

二、扁桃体炎

扁桃体炎是指腭扁桃体的急性或慢性炎症。是一种常见的咽部疾病，多发生于儿童及青壮年。多为细菌感染引起，链球菌为主要致病菌。慢性扁桃体炎多由急性扁桃体炎转变而成。扁桃体炎有可能成为全身感染潜在"病灶"。

【诊断要点】

1. 急性扁桃体炎　① 咽痛、发热、周身不适。② 扁桃体肿大、充血，表面可见卡他性渗出或脓点，下颌淋巴结常肿大。③ 白细胞总数升高，中性粒细胞升高。

2. 慢性扁桃体炎　① 常有急性扁桃体炎发作史。② 可有咽干、发痒、异物感、刺激性咳嗽、口臭或轻微疼痛。③ 可伴有倦怠无力、易疲乏，食欲不振、低热、头痛。④ 检查可见扁桃体和舌弓腭呈慢性充血，隐窝可有黄、白色干酪样物。下颌角常可触及肿大淋巴结。

【鉴别诊断】急性扁桃体炎应注意与咽白喉、奋森咽峡炎鉴别。慢性扁桃体炎应注意与扁桃体生理性肥大、扁桃体角化症、扁桃体肿瘤相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：控制炎症，防止并发症。

1. 一般治疗　急性期应卧床休息，进流质饮食及多饮水。选用含片含服或硼砂液漱口。

2. 局部治疗　漱口；喷西瓜霜；加强隐窝冲洗；试用激光治疗。

3. 手术治疗　反复发作或成为全身感染“病灶”的扁桃体炎应手术切除。

4. 药物治疗　青霉素为首选抗生素。

(1) 急性发作期，可用：

青霉素　80万U　(皮试阴性)肌内注射　每日2次　连用5～7日

青霉素　400万U　(皮试阴性)
生理盐水　250 ml　静脉滴注　每日2次　连用5～7日

或　头孢拉定　0.5 g　口服　每日3次　连用5～7日

阿司匹林　0.5 g　口服　每日3次　连用2～3日

(2) 慢性扁桃体炎，可用：

阿莫西林　0.5 g　口服　每日3次　连用7～10日

丙种球蛋白　1支　肌内注射　每1个月用1次　连用3个月

冬凌草片　10 g　口服　每日2次　连用14～21日

【注意事项】

① 急性扁桃体炎为腭扁桃体的急性非特异性炎症，慢性扁桃体炎多因急性扁桃体炎反复发作或因扁桃体隐窝引流不畅引起，诊疗中注意扁桃体的大小并不表明其炎症程度，不能以此作出病情轻重的判断。② 本病常为上呼吸道感染的一部分，还可能为某些传染病，如白喉、流感的伴发症状，或早期症状，应注意鉴别。③ 基于慢性扁桃体炎是感染一变应性疾患的观念，本病治疗不应仅限于抗菌药物或手术切除，而应结合免疫疗法或抗变应性措施，包括使用有脱敏作用的微生物制品，如链球菌变应原和疫苗进行脱敏，尚可应用丙种球蛋白，以增强抵抗力。

正确掌握本病的手术适应证，主要选择反复发作的病灶性扁桃体炎，一般在炎症控制后2周手术。术前应注意与患方沟通，本病是引起医疗纠纷较多的疾病，主要表现在：① 术后残留。② 术后出血较多。③ 术

后嗓音改变,可能伤及声带。④ 术前医方对病情估计不充分。⑤ 术前未能充分消炎,控制感染等。

三、 急性单纯性喉炎

急性单纯性喉炎是指以声门为主的喉部黏膜的急性炎症,可单独发生,也可继发于急性鼻炎和急性咽炎。小儿发病常较严重,更具有特殊性。可由病毒或细菌感染引起。

【诊断要点】① 声嘶为其主要症状。② 喉部有轻微疼痛或不适感。③ "犬吠声"或"空空"声咳嗽是小儿发病的主要特征,可很快进入呼吸困难。④ 可伴畏寒、发热、全身疲倦。⑤ 检查可发现声带充血水肿。

【鉴别诊断】主要注意与喉白喉、喉结核、变应性喉水肿等疾病鉴别,可通过病史、流行病学资料及喉部检查综合鉴别。

【治疗要点】治疗原则:及早使用糖皮质激素、抗生素。

1. 一般治疗 休息,低声少语,多饮水,忌烟酒。超声雾化吸入,局部理疗。

2. 药物治疗 及早应用糖皮质激素和足量抗生素。

(1) 控制炎症,可用:

	药物	剂量	用法
	青霉素	400 万 U	(皮试阴性) 静脉滴注
	生理盐水	250 ml	每日 2 次 连用 4～6 日
或	头孢拉定	2 g	(皮试阴性) 静脉滴注
	生理盐水	250 ml	每日 2 次 连用 4～6 日
或	头孢呋辛	1.5 g	(皮试阴性) 静脉滴注
	生理盐水	250 ml	每日 2 次 连用 4～6 日

(2) 解除喉水肿,可用

	药物	剂量	用法
	地塞米松	10 mg	静脉滴注 每日 1 次 连用 2～3 日
	维生素 C	1 g	
	5%葡萄糖注射液	500 ml	
或	氢化可的松	200 mg	静脉滴注 每日 3 次 连用 2～3 日
	维生素 C	1 g	
	5%葡萄糖注射液	250 ml	

【注意事项】① 紧急情况下可用地塞米松 5 mg 或氢化可的松 100 mg 加生理盐水 10 ml 直接静脉推注,也可以肌内注射。② 小儿急性喉炎起病急,进展快,治疗必须争分夺秒,首先肌内注射 2～5 mg 地塞米松,同时请求上级医院支援。③ 小儿急性喉炎,呼吸极度困难时,可用肾上腺素 1 mg 加生理盐水 10 ml,用喉喷雾器,对准声门喷雾,能快速减轻喉水肿,解除呼吸困难。④ 小儿急性喉炎应注意与气管异物鉴别。气管异物多

有异物史，肺部听诊或X线片有助于鉴别诊断。⑤ 随时做好紧急气管切开的准备。因未能紧急气管切开引发的医疗纠纷也较常见，医院急诊科应备有随时能使用的气管切开包，急诊医师应能行此项急诊手术。

四、 慢性喉炎

慢性喉炎是喉部黏膜的慢性非特异性炎症，多发生于成年人，是最常见的喉病。常因急性喉炎反复发作或未彻底治愈迁延而成，部分病人可因长期用声过度或发声方法不当而逐渐发生，多与职业有关。临床上可分为单纯性慢性喉炎、肥厚性慢性喉炎、声带小结或息肉（又称结节性喉炎）三种类型。

【诊断要点】声音嘶哑是其主要症状，喉镜检查可见声带充血，声带肥厚，声带小结多为对称性，声带息肉多为单侧性。

1. 慢性单纯性喉炎　① 具有易感因素接触暴露史，如各种理化因素刺激、用声不当、胃食管反流等。② 病程缓慢易反复，患者除声嘶、喉部不适感、喉部分泌物增加症状外，无全身症状。③ 间接喉镜检查与纤维喉镜检查有助于诊断。④ 频闪喉镜可见双声带震动不规则，振动波粗糙，声带振幅变大，双侧振幅不对称。⑤ 排除喉结核等疾患。

2. 慢性肥厚性喉炎　① 病程长，久治不愈。② 喉黏膜广泛肥厚，杓间区显著；双声带肥厚圆钝，表面粗糙不平；声带肥厚等。③ 频闪喉镜见声带振幅减弱，黏膜波减弱，甚至消失，声门闭合差。④ 排除喉结核、中期喉肿瘤等。

3. 慢性萎缩性喉炎　① 有慢性喉炎基本症状，阵发性咳嗽时咳出带血丝和臭味痂皮。注意询问检查有无萎缩性鼻炎或其他萎缩性疾病表现。② 喉黏膜干燥光亮，喉后部和声门下区可见黑褐色或绿色结痂。

【鉴别诊断】

1. 喉结核　① 喉痛较剧烈。② 刺激性咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难。③ 胸片可见肺结核病变征象。④ 有肺结核病史。

2. 喉癌　① 常为50岁以上男性。② 颈部可发现肿块。③ 肿瘤标志物阳性。但有时两种病同时存在需要认真检查。

【治疗要点】治疗原则：注意声带休息，药物治疗，手术治疗。

1. 一般治疗　新鲜和潮湿空气有助于患者恢复。注意声带休息，正确用嗓，避免用声过度疲劳。忌烟酒，忌有刺激性的食物。可选用超声雾化、理疗、药物离子导入、音频电疗，对杓间区组织肥厚增生严重者可行化学烧灼。

2. 手术治疗　增生肥厚严重影响发音、声带息肉或久治不消退的声带小结应施行显微手术治疗。

3. 药物治疗 酌情使用糖皮质激素，促使声带水肿消退，局部使用消炎药物。

(1) 慢性单纯性喉炎患者，可用：

地塞米松 0.75～1.5 mg 口服 每日 3 次 连用 3 日

金嗓开音丸 10 g 口服 每日 2 次 连用 14～21 日

或 黄氏响声丸 10 g 口服 每日 2 次 连用 14～21 日

薄荷喉症片 口含 每 4 小时 1 次 连用 14～21 日

或 四季润喉片 口含 每 4 小时 1 次 连用 14～21 日

(2) 结节性喉炎患者，可用：

金嗓散结丸 10 g 口服 每日 2 次 连用 14～21 日

或 黄氏响声丸 10 g 口服 每日 2 次 连用 14～21 日

【注意事项】① 腹泻者禁用黄氏响声丸。② 偶有喉癌与慢性喉炎并存，应提高警惕，对长期声嘶病人应行纤维喉镜或电子喉镜对声门上、声门、声门下进行细致全方位检查，避免漏诊误诊。对声带小结或息肉手术治疗时切下的标本必须作病理检查。③ 手术治疗宜慎重，严格掌握手术适应证。

五、 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是指 7 小时夜间睡眠内，有 30 次以上呼吸暂停，每次口、鼻气流停止 10 秒以上；或呼吸暂停指数(即每小时呼吸暂停的平均次数)＞5。睡眠呼吸暂停分阻塞性、中枢性、混合性三种类型，90％以上为阻塞性。常说的鼾大多数为本综合征。

【诊断要点】① 患者睡眠明显打鼾，伴憋气，白天嗜睡，注意力难集中。② 多数患者肥胖，伴随心血管病、性功能减退等。③ 检查可发现上气道有解剖性狭窄。④ 多导睡眠描记仪(PSG)监测证实睡眠期有呼吸暂停，呼吸暂停指数＞5，伴低氧血症。⑤ 影像学检查证实有上气道狭窄。

【鉴别诊断】注意与中枢性睡眠呼吸暂停(CSA)和混合性睡眠呼吸暂停鉴别。可通过病史、CT、脑电图检测、血气分析鉴别。

【治疗要点】治疗原则：查明病因，明确诊断，根据个体情况，选择针对性较强的有效治疗方法。

1. 一般治疗 肥胖者应注意减肥，体重减轻 5％～10％以上能减轻症状。侧卧位睡眠。戒烟酒。睡前禁服镇静剂。

2. 持续正压通气(CPAP)治疗。

3. 手术治疗 去除引起阻塞气道的病变，如鼻息肉，鼻中隔偏曲，肥大的腺样体、扁桃体等。气道狭窄可根据个体情况选择不同的治疗 OSAHS 的术式。如腭垂、腭、咽成形术(UPPP)，微创性温控射频消融术，

舌骨悬吊术，正颌外科手术等。危重病人可行气管切开术。

4. 药物治疗　对较轻的OSAHS病人，可试行抗忧郁药普罗替林治疗。普罗替林仅适用于轻度OSAHS病人的短期治疗。

普罗替林　5 mg　口服　每日3次　连用14～21日

【注意事项】① 青光眼、尿潴留、心肌梗死恢复阶段及6岁以下儿童、驾驶员、高空作业人员禁用普罗替林。② 哺乳期妇女、甲状腺功能亢进、癫痫、躁狂病等慎用普罗替林。③ OSAHS目前主要有效治疗方法为CPAP及因个体而异的不同手术、射频消融等治疗，尚无特异性的有效药物。④ 本病严重者可在睡眠时发生猝死，这也是不少人睡前很好，睡中死亡的重要原因。故必须注意睡前改变睡眠姿势，不要将手压在心前区，睡前不要服用镇静剂，不要酗酒等。⑤ 本病年老体胖者易并发高血压、心律失常、心肺功能衰竭、胃食管反流，因而要特别警惕。⑥ 目前市场上销售的预防本病的产品较多，宜慎重选择，最好在专科医师指导下选择应用。

（张　洪）

第九章

常见口腔科疾病

一、龋病

龋病也称龋齿，俗称蛀牙或虫牙，是人类的常见病、多发病之一，是在以细菌为主的多种因素影响下，牙齿硬组织发生慢性进行性破坏的一种疾病。龋病的临床特征是牙体硬组织在色、形、质等各方面均发生变化，使牙齿疼痛、缺损，成为残冠、残根，最终导致牙齿丧失，甚至能引起牙槽骨和颌骨炎症。世界卫生组织(WHO)把龋病列入危害人体健康、全球重点防治的三大疾病之一，仅次于肿瘤和心血管疾病。

【诊断要点】龋病的诊断主要根据牙齿色、形、质的改变和患者的主观感觉，诊断方法有视诊、探诊、温度刺激试验、X线检查、光导纤维透照、内窥镜检查等。其诊断标准有：① 浅龋为牙釉质龋，病变部位颜色墨浸状改变，或呈失去光泽的白垩色斑点。因尚未侵及牙本质，所以病人一般不会有主观症状，X线检查可发现隐蔽部位的龋损。② 中龋即牙本质龋，有深达牙本质的黄褐色或深褐色龋洞，对冷、热、酸、甜刺激敏感，刺激去除后，症状立即消失。一般探诊即可确定，邻面龋可通过X线检查发现。③ 深龋已侵及牙本质深层，但尚未引起牙髓病变，遇冷、热、酸、甜刺激时疼痛，无自发性痛。临床上常可发现有深龋洞，探诊时可引起疼痛，必要时可摄X线牙片协助诊断。④ 邻面龋、继发龋或隐匿龋不易用探针查出，外观仅略有色泽改变，不易发现，需仔细检查，或可用X线牙片进行检查。

【鉴别诊断】浅龋诊断应与釉质钙化不全、釉质发育不全和氟斑牙相鉴别；深龋未有牙髓病变，应注意与牙髓充血、慢性牙髓炎等相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：龋病的治疗有其特殊性，一是不治疗会造成牙体组织进行性破坏，二是只能用人工材料修补其缺损，三是治疗不当可再发龋病。因此，需及时去除感染的牙体组织，尽可能少损伤正常牙体组织，恢复牙齿的自然形态和生理功能，维护牙列的完整性。

1. 保守疗法：无或很少牙体缺损的静止龋可不作任何处理，也可采用预防性的磨除龋斑、窝沟封闭、药物治疗等方法。

2. 浅龋尤其是儿童乳牙浅龋，可用适当的药物进行治疗，常用的有10%的硝酸银液、单氟磷酸钠液、75%氟化钠甘油糊剂等。也可采用再矿

化疗法等。

3. 牙本质龋应作修复性治疗，即用手术的方法去除龋坏组织，制成一定的洞形，再以适宜的修复材料填充缺损部分，恢复牙体形态和功能。目前主要有银汞合金修复术、复合树脂修复术、玻璃离子黏固剂修复术、嵌体修复等几种。

4. 深龋常因冷热刺激、食物嵌塞等造成剧烈疼痛而就医，应查明病因，去除刺激，并根据患牙牙髓情况选择最佳治疗方案。有牙髓充血症状的应先做安抚治疗，症状消失后再做充填术。如并发牙髓炎或根尖周炎的患者，须先做牙髓治疗和根尖周炎治疗后再做充填治疗。

【注意事项】① 提倡母乳喂养，从小教育孩子正确刷牙，合理饮食，增强机体抵抗力。② 定期作口腔检查，及早发现龋病，及早接受治疗，儿童龋齿预防尤为重要。③ 应在口腔专科医院或正规医院的口腔科接受治疗，如治疗不当，易导致意外穿髓、牙髓性疼痛、牙周性疼痛及继发性龋等后遗症。

二、 牙本质过敏

牙本质过敏又称过敏性牙本质、牙齿感觉过敏症，是指牙齿受到外界刺激如温度、化学物质、机械作用等引起的一种异常的酸痛症状，常见于中、老年人。牙本质过敏的病因有多种，如龋齿、磨损或磨耗、牙颈部楔状缺损、酸蚀、牙龈萎缩、牙颈部暴露、外伤牙折等造成的牙釉质缺损或牙本质暴露都可以伴有牙本质过敏。

【诊断要点】牙本质过敏的主要特征为激发性疼痛，去除病因刺激后，疼痛可立即消失。① 物理刺激痛：用尖锐的探针在牙面上滑动，可找到一个或几个敏感点或敏感区，发作迅速、疼痛尖锐、时间短暂，移去探针，刺激痛即可消失。② 化学刺激痛：对酸、甜等刺激产生一过性的激发酸痛。去除病因刺激后，疼痛可立即消失。③ 温度刺激痛：患牙受到冷、热刺激可引起激惹性酸痛，除去刺激，症状消失。一般探诊即可明确诊断。

【鉴别诊断】牙本质过敏应与浅龋、牙隐裂等鉴别，仔细检查可确诊；牙本质过敏症还可以由某些系统因素引起的，如神经官能症，妇女妊娠期、放疗后，以及胃溃疡反酸者等，表现在全口多数牙齿上出现敏感。

【治疗要点】治疗原则：以脱敏治疗为主。消除致病因素，对症治疗，必要时手术治疗。

1. 脱敏治疗　主要为药物治疗，如75%氟化钠甘油糊剂、碘化银、含氟牙膏、丁香油、氯化锶等，在敏感区摩擦脱敏，每次2～3分钟。通过药物脱敏疗法，使药物渗入牙本质小管，使蛋白凝固，或药物体本身沉积小

管内，阻止外界刺激传入，达到脱敏目的。

2. 采用电凝法、YAG激光等治疗方法，使暴露的牙本质小管热凝、封闭，从而达到脱敏效果。

3. 对敏感局限且脱敏效果不显著的，特别是对小而深的敏感点，可用充填法消除敏感区。个别牙特别是后牙的敏感区范围大，也可用冠套修复。

4. 对脱敏无效或激光法脱敏疼痛明显者，特别是伴有较严重的磨损者，可作牙髓失活治疗。

5. 对有夜磨牙症的病人，应戴用殆垫。对重度磨耗或咬殆关系不正常的，应及时磨改、调殆并配合脱敏治疗。

【注意事项】① 注意口腔卫生，掌握正确的刷牙方法，纠正单侧咀嚼、儿童咬铅笔等不良口腔习惯，不用牙齿咬过硬的食物，早期治疗龋齿，预防楔状缺损。② 牙本质过敏存在着自发性的脱敏过程，继发性牙本质形成有可能使牙本质过敏减轻甚至消失。③ 牙本质过敏治疗过程较长，就诊次数多而效果不明显，需要病人配合，按时复诊按时治疗。④ 饮茶、咀嚼茶叶，常食用油性坚果仁，也可降低牙本质过敏的症状。

三、楔状缺损

楔状缺损是牙齿唇、颊侧颈部硬组织发生缓慢消耗所致的凹陷性缺损，是中老年人常见的牙体疾患。因这些缺损呈“V”状，类似于木匠用的楔子，所以医学上称为楔状缺损。楔状缺损轻度可无症状，稍重缺损可有不同程度的牙本质过敏症状，严重的缺损可并发牙髓病或根尖周病，甚至牙齿颈部折断。

【诊断要点】牙颈部硬组织有少量缺损，严重的可见由两个平面所组成独特的“V”形缺损。缺损表面光滑、坚硬而发亮、边缘整齐、牙本质暴露，有的对冷、热温度刺激较敏感。① 好发于成人恒牙的唇、颊面、牙颈部，中老年多见，单尖牙和双尖牙区多见，一般不发生于乳牙和恒牙舌面。② 缺损呈楔状、槽状或卵圆状，其表面光滑、坚硬，边缘整齐，颜色为浅黄色，同牙本质。③ 对温度、化学刺激有激发痛，严重者或已穿髓可导致牙髓炎，牙髓坏死、根尖周病。④ 常伴有牙龈萎缩、牙根暴露。

【鉴别诊断】应与龋齿、牙本质过敏相鉴别。牙齿感觉过敏症主要表现为刺激痛，龋齿最容易发生在磨牙和双尖牙的咬面小窝、裂沟中及相邻牙齿的接触面。

【治疗要点】治疗原则：一旦出现楔状缺损，应及时治疗，目前主要的治疗方式是树脂充填，或者树脂复合体充填。

1. 小而浅的楔状缺损，无症状，可不必治疗。

2. 出现牙本质过敏的，可先作药物脱敏治疗。

3. 过大、过深的缺损，可用玻璃离子体粘固粉或复合树脂充填法修复。

4. 已有牙髓感染或根尖周病时，可行牙髓病治疗或根管治疗术。

5. 对于牙折者，根据病情和条件，可作根管治疗、桩冠、覆盖义齿或拔除。

【注意事项】预防为主，积极治疗，可预防楔状缺损的发生，避免病情的加重。① 选择合适的牙刷，以毛硬度适中的牙刷为宜。② 宣传正确的刷牙方法，不要横刷牙，掌握垂直刷牙的方法。③ 注意口腔卫生，减少蔗糖摄入，少食酸性食物或产酸多的食物。④ 及时矫正不良口腔修复体。

四、 牙髓炎

牙髓炎是指发生在牙髓组织的炎性病变，是最常见的牙髓病，一般由龋病发展而来，感染是牙髓炎的常见病因，也可以是物理、化学等因素引起。牙髓炎的主要临床表现是剧烈牙痛，自发性阵发性疼痛并夜间加重、温度刺激可加重疼痛、疼痛不定位或有放射痛是牙髓炎疼痛的特点，其疼痛往往使患者不堪承受，影响正常的工作、学习和生活。如不及时处理，会向根尖周炎发展而失去保存活髓的良机。

【诊断要点】牙髓病有不同的分类，按临床表现分类有可复性牙髓炎、不可复性牙髓炎、牙髓坏死、牙髓变性等。可复性牙髓炎是一种病变较轻的牙髓炎，亦称牙髓充血。不可复性牙髓炎按其临床经过特点，又分为：急性牙髓炎、慢性牙髓炎，逆行性牙髓炎、残髓炎。其中，急性牙髓炎又分为急性浆液期、急性化脓期，慢性牙髓炎分为慢性闭锁性牙髓炎、慢性溃疡性牙髓炎、慢性增生性牙髓炎。

1. 问诊　问诊是检查过程的第一步，牙痛是牙髓炎的主要症状，典型的急性牙髓炎特点为自发性、阵发性的剧烈疼痛。疼痛的发作方式主要包括自发痛和激发痛，牙髓炎有夜间发作的特点。由于疼痛剧烈，并呈放射状疼痛，患者一般无法自已定位，如上颌牙引起下颌牙痛。

2. 检查　主要借助于口镜、镊子和探针等用于口腔检查的基本器械，牙髓炎一般都有深龋洞，尖锐探针等探入会有剧烈的疼痛感，增生性牙髓炎探之易出血。如望诊牙体情况良好的，应注意有无牙外伤、牙隐裂、畸形中央尖等情况。

3. X线牙片检查对牙髓炎有重要的诊断价值。可用于识别龋损情况、牙根情况、髓腔及根管情况、根尖及根周情况等，也是整个治疗过程中必不可少的辅助检查手段。

【鉴别诊断】应与深龋、三叉神经痛、根尖周病、牙周病、牙间乳突炎、牙龈息肉、急性上颌窦炎、干槽症等鉴别。

1. 急性牙髓炎有自发性疼痛，深龋无自发性疼痛，易相鉴别。慢性牙髓炎虽自发性疼痛不明显，但有自发性牙痛史，深龋在刺激因素去除后疼痛会很快消失。

2. 三叉神经痛的性质为针刺或刀割样锐性疼痛，突然发作，程度剧烈并沿三叉神经分布放射，易误诊为急性牙髓炎。主要区别为：① 三叉神经痛一般有"扳机点"，即触及该点时会诱发疼痛。② 疼痛很少在夜间发作。③ 温度改变亦不引起疼痛。④ 疼痛发作时间很短，每次持续几秒钟至几分钟，很少有超过 5 分钟的。⑤ 一般有三叉神经痛病史。

3. 牙间乳突炎由食物嵌塞引起，也可有自发痛，其特点是持续的胀痛，检查可见牙间龈乳头明显充血、水肿，甚至溢脓，局部牙龈触痛明显，常可见嵌塞的食物或有食物嵌塞史。

4. 急性根尖周炎的明显特征有咬合痛、叩痛、咀嚼痛；牙周病的特征主要为牙齿明显松动、有明显牙周袋。

5. 牙龈息肉多系邻面龋损牙龈长入洞内形成息肉。检查时探针拨动息肉蒂与牙龈相连。

【治疗要点】治疗原则：可复性牙髓炎的治疗主要是去除刺激，消除炎症，待症状减缓后按深龋处理治疗。急性牙髓炎的主要症状是剧烈疼痛，因此开髓减压是应急处理的原则，应迅速消除疼痛、尽可能保存具有正常生理功能的牙髓或保存患牙，并遵循无菌、无痛和避免不必要的创伤等原则。对无保留价值或已不能治愈甚至对机体有害的牙齿，可予拔除。

1. 药物镇痛和针灸止痛：牙痛时如无法立即到医院治疗，可以临时口服一些止痛、消炎药物，暂时缓解疼痛。按照患牙的部位，采用揉压或针刺双侧合谷穴及其他配穴的方法也可缓解疼痛。

2. 局部应急处理有开髓引流、髓腔开放引流、安抚治疗、调殆磨改等方法，开髓减压可使患者的疼痛得到迅速缓解。可以用漱口的方法或用小刮匙除去嵌入食物，用小棉球蘸丁香油或樟脑酚一类镇痛剂放入龋洞内安抚并缓解疼痛，洞口盖干棉花。等疼痛缓解后，应尽早到医院接受检查或牙髓治疗。

3. 在口腔专科医院或口腔科接受治疗，可根据情况选择盖髓术、牙髓切断术、干髓术、牙髓塑化治疗、根管治疗术、根尖诱导成形术、根管外科保存治疗等。

【注意事项】① 所谓牙痛不是病，痛起来要人命，就是说牙髓炎的发作给人带来的痛苦。这就是提醒患者，必须重视牙髓炎的诊断和治疗。② 注意口腔卫生，积极预防龋齿。定期检查，及早治疗口腔疾病。③ 保

护牙齿，不咬坚硬食物，尽量避免过冷、过热的温度刺激。④ 牙髓炎容易被误诊，治疗不当容易引起并发症，建议患者到正规医疗机构去就诊，并按医嘱按时复诊。

五、 根尖周炎

根尖周炎（牙根尖周炎的简称）就是牙齿根尖周组织发生急性或慢性炎症，多为牙髓病的继发病。细菌感染是引起根尖周炎最常见的原因，牙外伤、创伤、创伤性、化学刺激及牙髓治疗不当等也可造成根尖周炎。根尖周炎可以表现为急性炎症和慢性炎症，其主要症状是牙齿疼痛和局部肿胀。

【诊断要点】根据临床表现及检查患牙有无龋坏，深的牙周袋，牙齿松动度及叩痛可确诊。急性根尖周炎多有龋洞或充填物，曾有牙髓治疗、根管治疗史或外伤史，慢性根尖周炎多有反复牙痛、牙龈肿胀、瘘管流脓等病史，一般伴有发热、畏寒、体温升高、白细胞升高、全身不适等症状。患者能明确指出患牙，叩诊有不适或疼痛，可有尖周红肿、移行沟变浅，牙髓活力试验无反应。X 线牙片检查显示根尖部有透射区，有明确诊断价值。

1. 急性根尖周炎：是发生在牙根尖周围的局限性疼痛性炎症，根据病变程度可分为急性浆液性根尖周炎、急性根尖脓肿。① 患牙多有龋洞或充填物，曾有牙髓治疗、根管治疗史或外伤史。② 初期有牙齿伸长感、发木、咬紧后症状可缓解的特征，定位明确。炎症继续发展则出现咬合痛，牙齿有伸长感。③ 炎症初期叩痛轻微，后期则叩诊明显。④ 相应部位的颌面部可有肿胀，X 线可见根尖周骨质疏松模糊不清，急性根尖脓肿有剧烈而持续的自发性跳痛，往往伴有发烧、乏力等全身症状。

2. 慢性根尖周炎分为三型：① 根尖周肉芽肿一般无自发痛，仅觉咀嚼不适，咬合无力，叩诊时有异样感，患牙可有伸长的感觉，此时牙髓多已坏死，牙齿分解变色，机体抵抗力低时可急性发作。② 慢性根尖周脓肿多无自觉症状，在患牙的根尖区黏膜处可有瘘管，瘘管口处常有肉芽组织增生，可有脓液自瘘管排出，因有瘘管引流，不易转为急性炎症。③ 根尖囊肿多无自觉症状，牙齿变色，牙片可显示根尖部的囊肿，若囊肿增大，迫使周围骨质吸收，在患牙根尖部黏膜多呈半圆形隆起，有乒乓球感。

【鉴别诊断】

1. 需要对根尖周病本身进行鉴别，包括根尖周脓肿、根尖周肉芽肿及根尖周囊肿之间的鉴别。除了根据病史和检查特征外，主要依靠 X 线分型：① 慢性根尖肉芽肿：X 线片示根尖部有圆形或椭圆形、边界清楚的骨质破坏透射区，病变范围较小。② 慢性根尖脓肿：X 线片示根尖部

透射区周围骨质疏松呈云雾状，但边界模糊、骨质稀松、形状不规则。③ 慢性根尖囊肿：X线片可见较大的圆形透射区，边界清楚，囊腔周围骨质致密，呈清楚的白线状。

2. 急性化脓性根尖周炎在黏膜下脓肿阶段，应注意和牙周脓肿相鉴别。牙周脓肿一般都有牙周病史，特征为牙齿明显松动，有明显的牙周袋。

【治疗要点】治疗原则：结合病人全身和患牙的情况制定相应的、合理的治疗方案，及早治疗。急性根尖周炎应先控制炎症，同时应开髓引流，口服消炎镇痛药物或注射青霉素等抗生素，脓肿形成则需在牙髓黏膜上作切开引流。消除炎症后，尽早施行根管治疗术或根管外科治疗术，彻底治愈，尽可能修复患牙或牙根并恢复功能。治疗效果不佳或病牙无保留价值的，则考虑拔除。

1. 急性期应打开髓腔、拔除根髓，保证根管通畅，使脓液沿根管引流，控制感染。必要时调殆磨改以减轻咬合力量，减轻疼痛。

2. 已形成骨膜下或黏膜下脓肿，可在局部麻醉下切开，引流排脓。注意休息，全身支持疗法，抗生素的使用。

3. 急性期缓解后，行根管治疗或塑化治疗，尽可能保留患牙。根尖病变范围较大的应施行根尖切除术、根尖周刮治术、拔牙后再植术等几种类型。

4. 无保留价值的急性根尖周炎患者，掌握适应证，可以进行急性炎症期拔牙。慢性根尖周脓肿和根尖肉芽肿经根管治疗后，如瘘管迟迟不闭合，可考虑拔除患牙。根尖囊肿较大者需拔除患牙，并摘除囊肿。

5. 急性期常用处方：

(1) 青霉素：80万单位，(皮试阴性)肌内注射，每日2次。

(2) 先锋霉素Ⅳ(头孢氨苄)：0.5 g　口服　每日2～3次。

(3) 甲硝唑(灭滴灵)：0.4 g　口服　每日3～4次。

(4) 复方硼砂漱口液(又名朵贝尔氏液)：每次10 ml，每日3～4次，漱口用。

【注意事项】① 加强锻炼，提高身体的抵抗力。注意口腔卫生，保护牙齿不受外力撞击。② 积极预防龋病，发现龋齿要及时治疗。③ 及时、彻底治疗牙髓炎。

六、 牙龈炎

牙龈炎是指一组发生于牙龈组织而不侵犯其他牙周组织的疾病。主要病因是口腔卫生不良，导致牙菌斑、牙结石及软垢在龈缘附近牙面沉积，从而诱发牙龈炎。本病由于只侵犯牙龈，不侵犯其他牙周组织，所以

牙齿不发生松动，最常见的、发病率最高的是慢性单纯性龈炎。牙龈炎不会发生于无牙区，X光片检查牙槽骨、牙周膜、牙骨质一般无异常。但若不及时治疗，牙龈炎可逐渐发展为牙周炎，最终导致牙齿松动及丧失。

【诊断要点】诊断牙龈炎的简单方法是观察牙龈的色泽、质地以及有无出血表现。如果牙龈呈暗红色，质地柔软肿胀，表面色彩消失，进食、刷牙时容易出血，探诊后出血是诊断牙龈有无炎症的重要客观指标。牙龈有炎症时，龈沟液渗出增多，严重的可有龈沟溢脓，因此测量龈沟液量可作为判断炎症程度的指标。

1. 单纯性龈炎又称慢性龈缘炎、边缘性龈炎。① 局部有牙菌斑、牙石等刺激因素存在，牙龈表面水肿光亮、质地松软，由于充血而变为鲜红色或暗红色，探诊易出血。② 无牙周袋形成。牙龈肿胀可致龈乳头变圆钝，龈沟加深形成龈袋，但龈附着上皮仍位于正常的釉牙骨质交界处。③ X线片示牙槽骨不吸收。

2. 增生性龈炎又称肥大性龈炎。① 多见于青少年。② 为牙龈的实质性肿大。临床上有肉芽肿型与纤维型两种类型。牙龈深红或暗红，表面光亮、松软，易出血。③ 龈沟加深，无真性牙周袋。④ 组织病理可见细胞和胶原纤维同时增生。

3. 妊娠期龈炎　① 患者为怀孕期妇女。② 妊娠第 2～3 个月即可出现症状。前牙区重于后牙区，以龈乳头改变最为明显。表现为牙龈鲜红或暗红，松软光亮，轻触极易出血。③ 有时可表现为单个龈乳头的妊娠瘤。④ 妊娠瘤呈蘑菇状。

4. 坏死性龈炎　又称急性坏死溃疡性龈炎。① 起病急，病程短，可有牙龈疼痛出血、腐败性口臭、牙间龈乳头及龈缘坏死等症状。② 龈乳头充血水肿，牙间乳头坏死似刀割样。③ 龈缘坏死呈虫蚀状，坏死组织表面覆盖黄色假膜，易擦去，且疼痛明显易出血。④ 牙面上可见到菌斑、牙石及软垢堆积。

【鉴别诊断】牙龈炎与牙周炎：牙龈炎一般不破坏牙周组织，无真性牙周袋。而牙周炎的特征为牙齿明显松动，有明显口臭，可探及牙周袋。

【治疗要点】治疗原则：控制菌斑，去除一切局部刺激因素，保持良好的口腔卫生，局部药物治疗，控制炎症后根据病情行洁牙术、牙龈成形术、牙龈切除术。

1. 单纯性龈炎　应用洁治术彻底去除菌斑、牙石及一切不良刺激因素。局部药物治疗，如局部涂 4%碘甘油，3%过氧化氢稀释液或氯己啶（洗必泰）漱口液含漱。牙龈肥大的需做切龈手术。

2. 增生性龈炎　洁牙治疗，去除菌斑及牙石。纠正牙龈形态，可施行牙龈成形术。牙周塞治和牙龈按摩也有助于消除炎性肥大。

3. 妊娠性龈炎　洁治术，去除牙石、菌斑，去除不良修复体，龈瘤切除术尽量在分娩后进行。

4. 坏死性龈炎　除去坏死组织，刮除牙石、菌斑，1%过氧化氢冲洗或含漱，全身给予维生素C等支持疗法，慢性病人所造成的牙龈外形异常需采用牙龈成形术或牙龈翻瓣术。

(1) 主要用于轻度牙龈病的早期治疗：

1%过氧化氢液　漱口　每日3次

或　复方硼砂漱口液　漱口　每日3～4次

2%碘甘油　局部涂擦　每日3～4次

(2) 主要用于牙龈炎的全身及局部消炎、止痛治疗：

头孢拉定　0.5 g　口服　每日3次

甲硝唑　0.2 g　口服　每日3次

复方硼砂漱口液　漱口　每日3～4次

去痛片　1片　口服　必要时

【注意事项】① 保持口腔卫生，养成饭后漱口与正确刷牙的良好习惯，及时清除滞留在牙间隙内的食物残渣。加强营养，多吃青菜、水果类食物。② 每6个月至1年，定期由口腔医生清除口腔内的牙垢和牙石。③ 妊娠期恶心、呕吐的孕妇更应注意清除存留在口内的酸性物质，可常用2%小苏打水漱口，以抑制口腔细菌的生长繁殖，保持口内的碱性环境。④ 牙龈炎若不及时治疗或在其他局部及全身因素的协同作用下，病损有可能继续发展而成为牙周炎，因此早期诊断和早期治疗至关重要。⑤ 广泛的龈炎而仅有少量牙菌斑提示可能有系统性疾病，应积极治疗各种慢性病。国外研究表明，患牙龈炎的患者并发心脏病、中风、糖尿病、胃溃疡等疾病的几率明显增加。

七、 牙周炎

牙周炎是侵犯牙龈和牙周支持组织的慢性炎症性破坏性疾病，进展迅速，发病率高，在成人中可达90%以上。主要特征为牙周袋形成、牙龈炎症、牙槽骨吸收和牙齿逐渐松动，是导致成年人牙齿丧失的主要原因。牙周炎的病因主要有口腔个体环境因素、不良口腔卫生、咬殆创伤、营养和代谢障碍、牙龈病、不当修复治疗、系统性疾病等。随着牙槽骨吸收加重和牙周袋的加深，常伴发根分叉病变、牙周脓肿、牙周-牙髓联合病变、牙周萎缩等疾病。

【诊断要点】① 多为成年人，病程较长，有口腔不良卫生习惯，牙菌斑、软垢和牙石较多。② 牙龈：牙周病患区常见牙龈发红发紫和肿胀，触之易出血，在刷牙、咬食物时经常牙龈出血。出血多见于牙龈边缘，多呈

糜烂样，常常伴有疼痛、口臭或逆行性牙髓炎。③ 牙周袋形成：是牙周炎最常见的特征，是指牙周组织从根面分离逐渐形成的“盲袋”，严重的可有牙周袋溢脓。④ 牙齿松动：晚期牙齿松动明显，影响咀嚼功能，有的甚至因松动而倾斜、脱落。⑤ 青少年牙周炎早期口腔卫生一般良好，少有牙结石和牙垢，主要表现为牙齿松动和移位，而且往往呈扇形排列。⑥ 全身症状：牙龈周围出现脓肿，局部胀痛或跳痛，患侧颌下淋巴结肿大、压痛，全身有发热、白细胞增高等症状。⑦ X线牙片：显示牙槽骨水平吸收，当伴有咬合创伤时可出现垂直吸收，严重骨吸收的可达根尖部，可同时有多个牙的牙槽骨水平吸收。

【鉴别诊断】① 牙周炎与牙龈炎：早期牙周炎与牙龈炎的区别不明显，牙龈炎为假性牙周袋，一般不能探到釉牙骨质界，而早期牙周炎即形成真性牙周袋，常能探及釉牙骨质界。② 牙周炎与牙周膜炎：牙周膜炎多为急性过程，有创伤史。③ 当出现牙周脓肿时应与牙槽脓肿作鉴别：牙周脓肿感染来源于牙周袋，牙体一般无龋齿，牙髓有活力，牙齿松动明显，消肿后仍松动；牙槽脓肿感染来源于牙髓腔和根尖周组织，牙体一般有龋齿、非龋疾病或有修复体，牙髓无活力，无牙周袋，牙龈松动不明显，治疗后可恢复稳固。

【治疗要点】治疗原则：应根据个体情况制定治疗计划，治疗目标应是彻底清除菌斑、牙石等病原刺激物，调整咬合关系，消除牙龈的炎症，使牙周袋变浅和改善牙周附着水平，并使这些疗效能长期稳定地保持。

1. 洁牙术　洁治和刮治术可及时清除牙菌斑、软垢，是牙周炎的基础治疗手段。

2. 药物治疗　作为辅助疗法，不能取代洁治手术。除非出现急性症状，一般不需使用抗生素。对糖尿病、贫血、消化道疾病等患有系统疾病的成人牙周炎病人，应积极治疗并控制全身性疾病，以利于牙周组织的愈合。

(1) 3%过氧化氢涂布患区(或稀释后漱口)，再用清水漱口，然后用2%碘甘油涂布患区。

(2) 牙周袋上药，控制感染和出血。现在一般采用甲硝唑、四环素、氯己啶(洗必泰)等药物的凝胶或溶液。

3. 牙周手术治疗及其他处理：

(1) 如果有创伤性牙周炎，应作咬合调整。

(2) 固定松动牙，修复缺失牙，借以分散压力。

(3) 牙周脓肿形成后应及时切开引流，牙周袋内壁刮治术，可使牙周袋变浅。

(4) 牙龈切除术、翻瓣术，将牙周袋内壁锐性分离，清除病变组织及

刺激物，重新建立新的牙龈组织和形态。

（5）正畸治疗，可适度矫正牙周病的移位牙，但应在实施正畸治疗前，严格控制好牙周炎症，并审慎运用矫治力。

（6）对患有某些系统疾病如糖尿病、消化道疾病、心血管疾病等的慢性牙周炎患者，应积极治疗并控制全身疾病，以利牙周组织愈合。在作复杂的牙周检查和治疗前，应预防性应用抗生素，以防并发症和菌血症等。

（7）对严重而预后不佳的牙周炎患牙应拔除。

1）乙酰螺旋霉素　200 mg　口服　每日 4 次

3%过氧化氢液　牙周袋内冲洗　每日 1～2 次

甲硝唑　400 mg　口服　每日 3～4 次

复方洗必泰漱口液　漱口　每日 3 次

去痛片　1 片　口服　必要时

2）头孢氨苄　0.5 g　口服　每日 2 次

甲硝唑　400 mg　口服　每日 3～4 次

3）牙周康　1 粒　口服　每日 3 次　2 周为 1 疗程

溶菌酶　50 mg　口服　每日 3 次

【注意事项】① 预防为主，养成良好的口腔卫生习惯，多漱口，勤刷牙，避免食物嵌塞。② 定期作口腔检查，及时治疗。③ 如果确定为青少年牙周炎，应作全身性的检查，找出病因，对因治疗。④ 整体治疗计划中，基础治疗和牙周支持治疗是必须的。牙周手术治疗、修复治疗及松动牙固定术则应根据实际情况确定，一旦牙周脓肿形成则应及时切开引流。

八、 智齿冠周炎

智齿冠周炎是指智齿（第三磨牙）萌出不全或阻生时，牙冠周围软组织发生的炎症，临床上以下颌智齿冠周炎为最常见。

【诊断要点】

1. 发病年龄　智齿冠周炎主要发生在 18～30 岁智齿萌出期的青年人，有全身诱发因素或反复发作史。

2. 发病部位　好发于下颌智齿，一般可见智齿萌出不全或阻生，牙冠周围有龈瓣覆盖或部分覆盖。

3. 急性炎症　智齿冠周炎常以急性炎症形式出现。急性智齿冠周炎的初期，一般全身无明显反应。患者自觉患牙侧牙龈胀痛不适，局部可见红肿、炎性分泌物。由于口腔环境不洁，表现为口臭，龈袋处有咸味分泌物溢出。

炎症扩散：① 智齿冠周炎患者在进食咀嚼、吞咽、开口活动时疼痛明显。② 如病情继续发展，局部可呈自发性跳痛或沿耳颞神经分布区产生

反射性痛。③ 当炎症侵及咀嚼肌时，可引起肌肉的反射性痉挛，出现不同程度的张口受限，甚至出现“牙关紧闭”。④ 智齿冠周炎可直接蔓延或经淋巴管扩散，引起邻近组织器官或筋膜间隙的感染。

慢性冠周炎可在下颌第一磨牙颊侧形成瘘管，或在咬肌前缘形成皮瘘。

4. 全身症状　可有不同程度的全身症状，如发热、畏寒头痛、便秘、食欲下降、颌下淋巴结肿大等。一般都有白细胞总数增高，中性白细胞比例上升。

5. X线牙片　X线片对临床诊断十分重要，可以帮助了解智齿的生长位置、长轴方向、牙根的形态和数目、牙周情况、和邻牙的关系、邻牙情况等。

【鉴别诊断】① 在下颌智齿冠周炎合并面颊瘘或下颌第一磨牙颊侧瘘时，可被误认为第一磨牙的炎症所致，特别是第一磨牙及其牙周组织存在病变时，更易误诊。② 应与第二磨牙远中颈部龋所引起的牙髓炎、第三磨牙区牙龈的恶性肿瘤相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：炎症初期以局部治疗为主，急性期以消炎、镇痛、切开引流、增强全身抵抗力的治疗为主。智齿冠周炎合并筋膜间隙感染时，应全身抗感染、对症及支持治疗，全身抗感染治疗应足量、有效并有一定疗程，避免智齿冠周炎症向邻近组织扩散。炎症控制后，根据智齿的牙位、生长情况确定行冠周龈瓣切除术、下颌智齿拔除术。

1. 一般治疗　注意休息，避免劳累，增强体力，保持良好的口腔卫生习惯。

2. 药物治疗　根据病情程度及病史，选择局部用药及全身用药，必要时可采取炎症期间拔牙术。

(1) 局部用药

1) 3%过氧化氢稀释液或0.1%氯己啶（洗必泰）液漱口，保持口腔清洁。

2) 选用双氧水、生理盐水或氯己啶（洗必泰）液反复冲洗龈袋，清除龈袋内食物碎屑、坏死组织、脓液，清洗后将冰硼散或2%碘甘油送入龈袋内，每日1～3次。

3) 低功率激光如氦氖激光照射，每次20分钟，每日1次。

(2) 全身用药

1) 青霉素：（皮试阴性）80万U肌内注射，每日2次。

2) 口服药可选用林可霉素（洁霉素）、红霉素、头孢菌素、美他环素（甲烯土霉素）和复方磺胺甲噁唑（复方新诺明）等。

3) 甲硝唑（灭滴灵）（200 mg/片）　400 mg　口服　每日3～4次

共服 1 周。

4）退热、镇痛药：如双乙酰氨基酚、布洛芬、独一味胶囊等。

3. 以局部用药为主，酌情给予全身治疗。可配合以氦-氖激光、微波、红外线等理疗，以加速炎症消退。

4. 手术治疗：智齿冠周炎控制后，为预防炎症复发，应考虑选择冠周龈瓣切除术或拔除阻生智齿。

【注意事项】① 注意口腔卫生，养成良好的口腔卫生习惯，正确刷牙。② 注意智齿萌出情况，如发现萌出位置不正确或萌出困难时，及早到口腔专科医院或口腔科诊治。③ 智齿冠周炎发病初期，常因症状不显著被患者忽视而贻误治疗，如未能及时合理治疗，可发展为冠周脓肿、颌面部蜂窝组织炎甚至下颌骨骨髓炎，应引起足够重视。④ 炎症消退后，可根据情况确定行阻生齿拔除或冠周龈瓣切除术。对于反复发作的智齿冠周炎，应在炎症消退后尽快拔除阻生牙。

九、 颞下颌关节紊乱综合征

颞下颌关节的主要功能是参与咀嚼、发音、吞咽和表情等。颞下颌关节紊乱征是口腔颌面部常见的疾病之一，一般发生在一侧，但有的可逐渐累及两侧。多属功能紊乱，也可有关节结构紊乱或关节器质破坏，在人群中发病率高达 30%，仅次于龋病和牙周病。病因可能与精神因素、机械因素、关节负荷过重或异常、外伤、免疫因素、寒冷刺激等，临床表现主要有关节弹响、咀嚼系统疼痛、下颌运动异常伴功能障碍等三类症状，可伴发头痛、耳痛及颈肩部放射痛等。

【诊断要点】颞下颌关节紊乱综合征的发展过程一般有三个阶段：功能紊乱阶段、结构紊乱阶段、关节器质性破坏阶段，根据关节紊乱的临床表现、影像观察、关节镜局部解剖及病理分为五期：早期、中早期、中期、中晚期及晚期。通过病史检查、疼痛检查、下颌运动受限检查、盘干扰症状检查、咬合及殆干扰检查等即可诊断。X 线片、关节 CT、MRI、关节造影等辅助检查有诊断价值。

1. 好发于青壮年，以 20～35 岁患病率最高，女性多见。一般都有颞下颌关节功能紊乱征的病史。

2. 检查时发现颞颌关节运动异常　正常成人自然开口度平均约 3.7 厘米，开口型不偏斜，呈“↓”。本病患者则会出现开口度异常（过大或者过小），开口型异常（偏斜或者歪曲），开闭口时关节出现绞锁等。

3. 关节弹响和杂音　正常颞颌关节在下颌运动时无明显的弹响和杂音。本病常见的异常声音有弹响音、破碎声、摩擦音。

4. 颞下颌关节区疼痛　疼痛与下颌运动、咀嚼有关。如关节有器质

性破坏或肌痉挛时，相应的关节区和肌组织会有压痛。

5. 其他症状　如各种耳症，各种眼症，以及吞咽困难、语言困难、慢性全身疲劳等。

6. X线片示关节间隙改变和骨质的改变，关节造影可发现关节盘移位、穿孔等变化，关节内窥镜可直接观察关节腔内的病变，可根据观察到的结果直接作出诊断，还可以在镜下取材做活检。

【鉴别诊断】① 颌面部深处肿瘤：可引起开口困难和牙关紧闭，症状与颞下颌关节紊乱综合征相似，容易误诊，如有不恰当的治疗，会贻误肿瘤根治的机会。② 颞下颌关节炎：急性化脓性颞下颌关节炎的特点是关节区红肿、压痛明显，且上下牙无法对准；类风湿性颞下颌关节炎常伴有全身游走性、多发性关节炎，晚期可发生关节强直。③ 耳源性疾病：外耳道疖、中耳炎等症，其疼痛也常放射到关节区并影响开口和咀嚼，诊断时应仔细进行耳科检查。④ 还应与颈椎病、茎突过长症、癔病性牙关紧闭、破伤风牙关紧闭等鉴别。

【治疗要点】治疗原则：遵循科学、合理的治疗程序，应以保守治疗为主，采用对症治疗和消除或减弱致病因素相结合的综合治疗，多数预后良好。

1. 一般治疗　对患者进行医疗知识教育，去除或减弱病因，减轻病人的心理负担，增强患者信心。

2. 保守治疗　咀嚼肌紊乱主要采用理疗、磁铁疗法、封闭疗法、中药局部热敷、手法推拿、药物治疗、肌肉训练等方式，关节结构紊乱主要采取戴用复位板、关节镜治疗、手术治疗、关节腔内注射药物等方式，炎性关节紊乱主要给以消炎、理疗、封闭治疗。骨关节病则需根据情况采取保守治疗或手术治疗。

3. 外科手术治疗　颞下颌关节有严重疼痛、功能障碍，影像学上有结构紊乱或器质性改变者，经保守治疗半年以上无效，排除精神因素为其病因的前提下，应考虑手术治疗。目前，除传统的开放性手术以外，治疗性颞下颌关节镜外科以其创伤小、不切开关节腔、不影响关节整体结构、无切口瘢痕等优点而广泛应用于临床。

4. 药物治疗

(1) 用于翼外肌功能亢进，主要是调整翼外肌功能

0.5%普鲁卡因　5 ml　翼外肌封闭　每日1次

或　1%普鲁卡因　5 ml　翼外肌封闭　每日1次

(2) 用于翼外肌痉挛，主要是解除肌痉挛，消除病因

15%氯化钙溶液　5 ml　理疗　每日1次

2%普鲁卡因　2～3 ml　翼外肌封闭　每日1次

吲哚美辛(消炎痛)　25 mg　口服　每日 3 次　连续 5 天

(3) 常用于炎性关节疾病，治疗要点为对局部组织封闭，限制下颌运动。

泼尼松龙混悬液 0.5 ml+2%利多卡因　2 ml　关节上腔注射　每日 1 次

【注意事项】颞下颌关节紊乱综合征应早期、积极治疗，效果较好。已有器质性改变的患者经调整、正畸矫正后，也能缓解疼痛、弹响等症状。

① 保持心情舒畅，生活起居有规律。加强营养，锻炼身体，注意面部保暖。② 避免咀嚼过硬的食物，避免进食生、冷、过烫的食物。改正偏咀等不良口腔习惯，避免过度张口或打哈欠，调磨有创伤性咬合的牙齿，及时修复牙列缺损。③ 可配合选用局部红外线照射、氦-氖激光照射，每次 20 分钟，每日 1 次，连续照射 1 周为 1 个疗程。④ 颞下颌关节紊乱病分类很多，容易误诊、漏诊，因此关节镜检查、X 线片检查就十分重要，这是正确诊断、正确治疗的必要条件。⑤ 拔除阻生牙时，注意保护下颌关节；其他口腔内治疗时，应注意不让病人长时间地大张口。

十、 三叉神经痛

三叉神经痛是指在面部三叉神经分布区域内出现的反复发作的、骤然发生的、短暂阵发性电击样或刀割样剧烈疼痛。疼痛可自发，也可由“扳机点”刺激引起，洗脸、刷牙、饮食、说话、风吹均可引起发作，每次发作时间持续数秒、数十秒或 1～2 分钟后又骤然停止，严重影响患者的工作、生活和学习。本病诊断较容易，但病因不明、治疗困难，是多学科临床研究的热点疾病。

【诊断要点】三叉神经痛的诊断一般说来比较容易，诊断的依据是患者的临床表现，一般不需要进行特殊的辅助检查。临床检查、确定分支的目的是明确罹患的分支，并确定是原发性还是继发性三叉神经痛。① 多见于中、老年人，女性较多，多有发作病史。② 疼痛部位：为三叉神经或其某分支的分布区，常局限于一侧，多累及一支，以一侧的第二、三支合并痛最常见。③ 疼痛特点：呈发作性电击样、刀割样、烧灼样、撕裂样剧痛，突发突止，通常无预兆，间歇期完全正常。发作多在白天，每次疼痛持续数秒至 1～2 分钟。发作时，患者常用力揉搓痛处，不停地咀嚼、吸气，部分出现面部潮红、结膜充血、流涎及表情肌痛性抽搐等症状。④ 多数患者有“扳机点”：即触发点，刺激这些点可引起疼痛发作。⑤ 周期性发作，冬春季好发，病程冗长。对此病一般镇痛药物完全无效。⑥ 神经系统检查一般无阳性体征发现。

【鉴别诊断】① 牙痛：临床常可遇到将本病误诊为牙痛，甚至几次拔

牙总不能止痛。应仔细检查，牙痛无"扳机点"，发作与食物冷热关系很大，常有牙齿病变。② 三叉神经支炎：属继发性三叉神经痛，此病多发生于眶上神经，为持续性剧痛，发作后数日，部分患者额部出现带状疱疹。有自限性，大多在1～3周内痊愈。镇痛药物、维生素或局部麻醉药、糖皮质激素溶液，皆有效。③ 副鼻窦炎或肿瘤：上颌窦、颌窦、筛窦病患者均可引起头面部痛。应仔细检查两侧鼻腔是否一样通畅，鼻腔有无黏液或脓液史，患侧面部是否肿胀等。X线检查可帮助明确诊断。④ 血管性偏头痛：是周期性、轻重不等的单侧头痛，呈现与脉搏一致的搏动性痛或胀痛，多伴有面色苍白、肢冷、嗜睡等，低头、受热、用力、咳嗽等均可使头痛加重。发作前多有眼部先兆，如同侧眼看到火星、黑朦，或视力减退，甚或一时性同侧偏盲。头痛发作可持续数小时至数日。检查可见颞动脉隆起，搏动增强，压迫后头痛可减轻。常在青春期发病，部分患者有家族史，多因劳累、情绪因素、经期等诱发。⑤ 其他应鉴别诊断的疾病：半月神经节附近的肿瘤如听神经纤维瘤、胆脂瘤、血管瘤、脑膜瘤或皮样囊肿等，膝状神经节痛，舌咽神经痛。

【治疗要点】对继发性三叉神经痛一般针对病因治疗，如切除肿瘤，治疗病灶，去除对神经的刺激因素。原发性三叉神经痛的治疗原则以长期镇痛为目的，中枢性治疗和周围性治疗相结合、关键性治疗和辅助性治疗相结合、先保守治疗后破坏治疗。

1. 药药治疗　如卡马西平、苯妥英钠等上述药物可起到暂时止痛或缓解的作用，此类药物具有耐药性，口服剂量逐渐增加，效果越来越差，其副作用较大，久服可引起粒细胞减少，单纯血小板减少，导致血液病，并可使记忆力减退，视力、听力下降，肝功能损害等。

卡马西平　0.1～0.2 g　口服　每日1～2次
(逐渐加量，每日增加0.1 g直至有效，再逐渐减量，维持最小剂量数月后停用)

或　苯妥英钠　0.1 g　口服　每日3次
(逐渐加量，每日增加0.1 g直至有效，再逐渐减量，维持最小剂量数月后停用)

维生素B_{12}　1 000～3 000 μg　肌内注射　每周2～3次

2. 封闭治疗　采用穴位注射药物(无水酒精、甘油、维生素B_1、强的松龙等)，使注射部位神经组织发生凝固性坏死，阻滞神经的传导功能，起到症状缓解暂时止痛的作用。但复发率较高，副作用大，可引起面部麻木，感觉障碍，若封闭偏差可导致失明、偏盲，多次封闭后止痛效果不佳。

周围神经封闭疗法，适用于口才药物治疗无效、长期用药引起不良反

应、年老体弱不能承受手术的病人。

25%硫酸镁加入等量2%普鲁卡因　3 ml　阻滞注射　每周2次

或　维生素B_{12}加入等量1%普鲁卡因　0.5～1.0 ml　阻滞注射　每日1次

3. 射频术治疗　又称热凝术，是一种微创伤性神经毁损疗法，以穿刺针刺入半月神经节，利用射频仪在组织内产生电热，根据不同神经纤维耐受的温度不同，有选择地破坏传导痛觉的纤维，从而达到止痛效果。治疗效果良好，并发症少，特别是对于年老体弱及多病的患者可以耐受，虽然复发率较高，但由于操作方便，可重复实施，目前已发展到用于治疗几乎所有的神经痛。

4. 手术治疗　目前手术治疗大致可分为三叉神经周围支切断术、三叉神经感觉根切断术、延髓三叉神经脊髓束切断术、半月神经节及后根减压术等四种，三叉神经感觉根切断术为目前的首选术式。以上方法都为破坏三叉神经，使三叉神经失去正常生理功能达到暂时止痛作用，可引起面神经麻痹、偏瘫、共济失调等后遗症，风险大，且一段时间后三叉神经重新再生，再次引起疼痛，复发率高。

5. 针刺疗法、组织疗法及冷冻、激光治疗　常可一定程度上缓解疼痛。

6. X线刀、伽马刀治疗　通过射线灼断神经，治疗费用昂贵，同样会引起术后复发和后遗症。

7. 中医中药治疗三叉神经痛。

【注意事项】① 增强体质，保持乐观开朗，注意劳逸结合，避免寒冷刺激及过度精神紧张。② 避免刺激扳机点，对患侧皮肤注意护理。③ 三叉神经痛病因与发病机制尚未明确，应首选损伤小的治疗方法如药物治疗，如无效则再考虑手术治疗。④ 三叉神经痛的手术治疗比较复杂，操作难度大，建议在口腔科或口腔医院治疗。

十一、复发性口疮

复发性口疮又称复发性口腔溃疡、复发性阿弗他溃疡、复发性阿弗他口炎，是指黏膜上皮的完整性发生持续性缺损或破坏，导致其表层坏死脱落而形成凹陷，具“黄、红、凹、痛”特征，灼痛明显。病因目前尚不清楚，普通感冒、消化不良、精神紧张、郁闷不乐等情况均能导致偶然发生，人群患病率高达20%，女性病人略多于男性，一年四季均能发生。

【诊断要点】复发性口疮一般都有反复发作史，口腔黏膜长期反复出现小溃疡，好发于唇、颊、舌缘等，呈圆形或椭圆形，周围有红晕，上覆盖黄

白色假膜，有烧灼样疼痛，其特点是具有复发性和自限性，10天左右逐渐愈合，一般无全身症状。

1. 轻型阿弗他溃疡：该型最多见，在复发性口疮中约占80%，初起为局灶性黏膜充血水肿，呈粟粒状红点，灼痛明显，继而形成小溃疡，此时局部疼痛剧烈。溃疡直径一般为2～5毫米，边缘整齐，中心呈凹陷状，表面覆盖灰黄色或浅黄白色纤维素性假膜，周围充血，疼痛日益加重。再经过4～5日后红晕渐消失而痊愈，不留瘢痕。溃疡持续大约7～14日，不治而愈，称之为自限性。一般无明显全身症状与体征。

2. 重型阿弗他溃疡：该型约占8%左右，好发于青春期。发病情况与轻型阿弗他溃疡相似，但溃疡较大而深似"弹坑"状，直径在10～30毫米，深及黏膜下层甚至肌层，溃疡周围组织红肿且轻微隆起，扪之较硬，溃疡大多数边缘整齐，愈合后留有瘢痕或有缺损，好发于颊、咽旁、软硬腭交界处。溃疡持续时间长，可月余、数月或一年，药物治疗效果不佳，有自限性，疼痛较重。

3. 疱疹样口疮：亦称口炎型口疮，好发于成年女性。其特点是溃疡小，直径仅1～2毫米，但数目多，有数十个或更多，散在分布于黏膜的任何部位，似"满天星"，以舌腹、口底多见。相邻的溃疡也能融合成稍大的溃疡，周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显，临床上较少见。可伴有头痛、低热及全身不适、局部淋巴结肿痛等症状。

【鉴别诊断】① 癌性溃疡和结核性溃疡：重型口疮由于病程长，溃疡大而深，与癌性溃疡和结核性溃疡易混淆，应仔细观察和鉴别。② 坏死性涎腺化生：属良性炎性病变，有自限性而酷似重型口疮，又常疑为恶性肿瘤，误诊率亦高，须认真鉴别。③ 复发性疱疹性口炎：多见于成年人，在口腔任何部位均可发生，但极少发生在牙龈，黏膜上有较大面积的充血区，溃疡数目多且较小，融合时溃疡增大呈多环状，患者疼痛难忍，唾液增多。而复发性口疮的溃疡数目少而其直径稍大，散在分布。④ 白塞氏病：常伴外生殖器溃疡，发病与机体免疫性有关。

【治疗要点】治疗原则：局部治疗以消除致病因素、消炎止痛、促进溃疡愈合为主要原则，全身治疗以对因治疗、减少复发、促进愈合为主要原则。

1. 一般治疗　保持口腔卫生，改变偏食习惯及其他不良饮食习惯，禁服对口腔黏膜有损害的药物。

2. 局部治疗　消炎、止痛，促进溃疡愈合。

(1) 含漱剂：具有清洗、防腐、杀菌和收敛等作用，但在口内停留时间短，常用的有口泰、0.1%洗必泰漱口液等。

(2) 口含片：在口内缓慢溶化，延长了药物的作用时间，常用的有华

素片、溶菌酶含片等。

(3) 腐蚀剂：适用于溃疡小且数目少的溃疡，常用的有50%三氯醋酸、10%硝酸银等。

(4) 散剂、膜剂、软膏类：覆盖在黏膜创面表面，可起保护、收敛、消毒作用，常用的有锡类散、洗必泰药膜、溃疡膏等。

(5) 局部封闭疗法：适用于重型口疮病人，封闭于溃疡底部。

(6) 其他疗法：冷冻治疗、激光照射或扫描、微波治疗等。

3. 全身治疗　提高机体状况，调整免疫功能，治疗相关全身性疾病，补充维生素和微量元素，促进溃疡愈合，巩固疗效防止复发。

(1) 免疫治疗：有免疫调节剂、免疫增强剂、免疫抑制剂等，常用的有转移因子、左旋咪唑、胸腺素、多抗甲素等。

(2) 维生素及微量元素：补充叶酸和B族维生素，酌情补充锌剂、铁剂，可增进口腔黏膜自愈能力。

(3) 其他药物疗法：常用的有甲硝唑、碘化钾等。

(4) 中医中药辨证施治。

1) 常用于溃疡的局部治疗。

金霉素药膜　1片　局部贴　每日3次

0.1%醋酸氟羟泼尼松软膏　适量　局部涂　每日3次

或　锡类散　适量　敷撒于溃疡面上　每日3～4次

或　2.5%金霉素甘油　适量　局部涂于患处　每日3次

复方硼酸液　10 ml　饭前漱口　每日3次

50%三氯醋酸　少量　用棉签涂布溃疡处烧灼　1次

或　激光、微波治疗　低功率　溃疡面照射　每日3～4次

或　曲安奈德、醋酸泼尼松龙液、普鲁卡因混合液　1 ml　黏膜下封闭注射

2) 糖皮质激素类，有抗炎、抗过敏、降低毛细血管通透性、减少炎性渗出、抑制组胺释放等多种作用。

泼尼松　5 mg　口服　每日2次

或　地塞米松　0.75 mg　口服　每日3次

警示：有感染或胃溃疡者，不良反应可能加重。长期使用后应逐步减量，不可骤停，以免引起撤药反应。

3) 免疫增强剂，分主动免疫制剂、被动免疫制剂。

左旋咪唑　50 mg　口服　每日3次

胸腺素注射液　5 mg　肌内注射　每日1次

或　胎盘球蛋白　3～6 ml　皮下注射　每2周注射1次

【注意事项】① 寻找诱因，去除可能的致病因素，尽量延长发病周

期。② 注意口腔卫生，避免损伤口腔黏膜，提高身体的抵抗力。③ 保证充足的睡眠时间，避免过度疲劳，纠正偏食和不良的饮食习惯。④ 应注意各类药物的副作用及用药禁忌，严格掌握适应证，严格遵照医嘱。

（殷伟东　陈　燕）

第十章

常见皮肤科疾病

第一节　感染性皮肤病

一、单纯疱疹

单纯疱疹是一种由单纯疱疹病毒(包括 HSV－1 型和 HSV－2 型)感染所致的疾病。HSV－1 型主要引起生殖器以外的皮肤、黏膜和器官的感染,HSV－2 型主要引起生殖器部位的皮肤、黏膜以及新生儿感染,但两型病毒感染部位并无严格界限。

【诊断要点】① 本病可分为原发型和复发型单纯疱疹。典型皮疹为红斑基础上簇集分布的粟粒至绿豆大水疱,破裂后露出糜烂面,逐渐干燥结痂,自觉烧灼和痒感。多发生于皮肤、黏膜交界处,以颜面及生殖器为多见,如口角、唇缘、眼睑、包皮、龟头、尿道、阴唇及外阴阴道等部位。② 原发型:指首次感染 HSV 者。一般潜伏期为 2～12 天,平均 6 天。可分为隐性或亚临床感染、疱疹性龈口炎、新生儿单纯疱疹、疱疹性湿疹、接种性单纯疱疹。③ 复发型:指部分患者原发感染消退后受到诱发因素刺激而在同一部位反复发作。④ 皮损处刮片作细胞学检查,如见到多核巨细胞和核内嗜酸性包涵体,或用 PCR 检测疱液中 HSV DNA 有助于本病的诊断;病毒培养鉴定是诊断 HSV 感染的金标准。

【鉴别诊断】根据簇集性水疱好发于皮肤-黏膜交界处及易复发等特点,一般可做出诊断。本病应与带状疱疹、脓疱疮、手足口病等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则:缩短病程、防止继发细菌感染和全身播散、减少复发和传播机会。

1. 内用药物治疗　目前认为核苷类药物是抗 HSV 最有效的药物。

(1) 原发型:阿昔洛韦 1 000 mg/d,分 5 次口服,疗程 5～10 天;或伐昔洛韦 2 000 mg/d,分 2 次口服,疗程 10 天;或泛昔洛韦 750 mg/d,分 3 次口服,疗程 5 天。

(2) 复发型:最好在出现前驱症状或皮损出现 24 小时内开始治疗。阿昔洛韦 1 000 mg/d,分 5 次口服;或伐昔洛韦 1 000 mg/d,分 2 次口服;或泛昔洛韦 250 mg/d,分 2 次口服,疗程一般为 5 天。

(3) 频繁复发者(1 年复发 6 次以上)：为减少复发次数，可应用病毒抑制疗法，即阿昔洛韦 600 mg/d，分 3 次口服，或伐昔洛韦 500 mg/d 口服，一般需连续口服 6～12 个月。

(4) 原发感染症状严重或皮损广泛者：阿昔洛韦 15 mg/(kg·d)，分 3 次加入 5%葡萄糖注射剂 250 ml 内静脉滴注，疗程一般为 5 天。

2. 外用药物治疗　以收敛、干燥和防止继发感染为主。可选用 3%阿昔洛韦软膏、1%喷昔洛韦乳膏或硫磺炉甘石洗剂；继发感染时可用 0.5%新霉素霜、莫匹罗星软膏；对疱疹性龈口炎应保持口腔清洁，并用 1∶1 000 新洁尔灭溶液含漱。

【注意事项】① 应注意休息，避免疲劳，少食辛辣食物及饮酒。常复发的病人治疗周期要足够，要提高自身免疫力，减少精神紧张，以减少复发次数。② 不要同患有单纯疱疹的病人接吻或共用器皿、毛巾及剃须刀。触摸单纯性疱疹后应洗手。③ 食用富含赖氨酸食物或直接补充赖氨酸。

二、 带状疱疹

带状疱疹由水痘-带状疱疹病毒引起，以沿单侧周围神经分布的簇集性小水疱为特征，常伴有明显的神经痛。

【诊断要点】

1. 发疹前可有轻度乏力、低热、纳差等全身症状。患处皮肤自觉灼热感或神经痛，亦可无前驱症状即发疹。神经痛为本病特征之一，可在发病前或伴随皮损出现，老年患者常较为剧烈。

2. 好发部位依次为肋间神经、颈神经、三叉神经和腰骶神经支配区域。

3. 患处为集簇性水疱，疱壁紧张，疱液澄清，外周绕以红晕，各簇水疱群间皮肤正常。水疱干涸、结痂脱落后留有暂时性淡红斑或色素沉着。皮损沿某一周围神经呈带状排列，多发生在身体的一侧，一般不超过正中线。病程一般 2～3 周，老年人为 3～4 周或更长。

4. 特殊表现有　① 眼带状疱疹：多见于老年人，疼痛剧烈，可累及角膜形成溃疡性角膜炎。② 耳带状疱疹：系病毒侵犯面神经及听神经所致，表现为外耳道或鼓膜疱疹。膝状神经节受累同时侵犯面神经的运动和感觉神经纤维时，可出现面瘫、耳痛及外耳道疱疹三联征，称为Ramsay-Hunt 综合征。③ 带状疱疹后遗神经痛：带状疱疹常伴有神经痛，但多在皮损完全消退后或 1 个月内消失，少数患者神经痛可持续超过 1 个月以上，称为带状疱疹后遗神经痛。④ 其他不典型带状疱疹：由患者机体抵抗力差异所致，可表现为顿挫型(不出现皮损仅有神经痛)、不全型(仅出现红斑、

丘疹而不发生水疱即消退)、大疱型、出血性、坏疽型和泛发型(同时累及2个以上神经节产生对侧或同侧多个区域皮损);病毒偶可经血液播散产生广泛性水痘样疹并侵犯肺和脑等器官,称为播散型带状疱疹。

【鉴别诊断】本病根据典型临床表现即可作出诊断,疱底刮取物涂片找到多核巨细胞和核内包涵体有助于诊断。本病前驱期或无疹型应与心绞痛、肋间神经痛、胸膜炎、阑尾炎、坐骨神经痛、尿路结石等进行鉴别,发疹后有时需与单纯疱疹、脓疱疮等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则:抗病毒,减少神经损伤及改善神经营养。

1. 一般治疗　包括休息、清淡饮食。

2. 药物治疗

(1) 抗病毒治疗:阿昔洛韦1 000 mg/d,分5次口服,疗程5～10天,或阿昔洛韦1 200 mg/d,分3次口服,疗程5天;或伐昔洛韦3 000 mg/d,分3次口服,疗程7天;或泛昔洛韦250 mg/d,口服,每日3次,疗程7天;或阿昔洛韦5～10 mg/kg,静脉滴注,每8小时1次,5～7日为一疗程;或更昔洛韦5 mg/kg,静脉滴注,每日2次,5～7日为一疗程。

(2) 减少神经损伤及改善神经营养:糖皮质激素应用有争议,多认为及早合理应用糖皮质激素可抑制炎症过程,减轻后根神经节的炎症后纤维化。病程在7天内的中老年体健患者,可口服泼尼松20 mg～30 mg/d,疗程5～7天。同时可应用营养神经的药物,如口服或肌内注射维生素E、B_1和B_{12}。

3. 局部治疗

(1) 外用药:以干燥、消炎为主。疱液未破时可外用炉甘石洗剂、阿昔洛韦乳膏或喷昔洛韦乳膏;疱疹破溃后可酌情用3%硼酸溶液或1∶5 000呋喃西林溶液湿敷,或外用0.5%新霉素软膏或莫匹罗星软膏。

(2) 眼部处理:如合并眼部损害须请眼科医师协同处理。可外用3%阿昔洛韦眼膏、碘苷(疱疹净)滴眼液。

4. 对症治疗　止痛可酌情选用去痛片、吲哚美辛、扶他林、消炎痛和卡马西平等。也可选用物理治疗如紫外线、频谱治疗仪、红外线等局部照射,可缓解疼痛,促进水疱干涸和结痂。

5. 特殊治疗　仙人掌去皮捣烂外敷有明显的止痛作用。

【注意事项】① 注意病情变化,尤其在水疱未出现前,防止误诊或漏诊,延误治疗。② 加强神经营养与止痛,改善生活质量,但少数患者神经痛可持续超过1个月以上,治疗周期相对比较长。③ 注意特殊类型带状疱疹的诊断与治疗,特别是Ramsay－Hunt综合征,系病毒侵犯面神经及听神经所致,表现为外耳道或鼓膜疱疹。膝状神经节受累同时侵犯面神经的运动和感觉神经纤维时,可出现面瘫、耳痛及外耳道疱疹三联征。

④ 某些中老年患者可能合并有肿瘤应注意排查，如胸片、腹部B超、肿瘤标记物等。

三、疣

疣是由人类乳头瘤病毒感染皮肤黏膜所引起的良性赘生物，各年龄段均可发生。临床上常见有寻常疣、扁平疣、跖疣和尖锐湿疣等。一般潜伏期6周～2年。

【诊断要点】

1. 寻常疣　① 好发于手背、手指、足和甲缘等处，亦可发生于身体其他部位。② 初起为针尖大的丘疹，渐渐扩大到豌豆大或更大，呈圆形或多角形，表面粗糙，角化明显，质坚硬，呈灰黄、污黄或污褐色，可呈乳头瘤状增生。③ 数目不等，初起多为一个，以后可发展为数个到数十个。一般无自觉症状，偶有压痛。④ 发生在甲周者称甲周疣；发生在甲床者称甲下疣；疣体细长突起伴顶端角化者称丝状疣，好发于颈、额和眼睑；疣体表面呈参差不齐的突起者称指状疣，好发于头皮及趾间。

2. 跖疣　系发生于足底的寻常疣。① 好发于足跟、蹠骨或跖间受压处。② 皮损初起为细小发亮丘疹，绿豆大小，表面角化粗糙，灰黄或污灰色，周围境界清楚，绕以增厚的角质环，如用小刀将表面角质刮除，表面可见出血点。有时疣表面有微量血液外渗，凝固后呈小黑点；若含有多个角质软芯，称为镶嵌疣。③ 跖疣多无自觉症状，局部可有明显触压痛。

3. 扁平疣　① 好发于青少年的颜面、手背及前臂。② 典型皮损为米粒至黄豆大小的扁平隆起性丘疹，约2～4 mm直径或稍大，圆形或椭圆形，表面光滑，质硬，正常肤色或淡褐色，多骤然出现，数目较多且密集。③ 有时由于搔抓将病毒接种在邻近皮肤，呈沿抓痕分布的线状排列，通过搔抓而自身接种扩展增多。病程慢性，多可自行消退，少数患者可复发。一般无自觉症状或偶有微痒。

【鉴别诊断】本病根据病史及典型皮损即可作出诊断，必要时结合组织病理检查，少数患者需检测组织中HPV核酸方可确诊。跖疣应与鸡眼、胼胝进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据病情选择外用药物、物理治疗或内用药物治疗。

1. 外用药物治疗　适用于皮损较大或不宜用物理治疗者，局部药物治疗可用10%～20%水杨酸或3%氯醋酸、冰醋酸溶于等量的弹性火棉胶外涂疣体，或用5% 5－氟脲嘧啶软膏外涂，可使疣体坏死、脱落；平阳霉素10 mg或者5－fu注射液用1%普鲁卡因20 ml稀释于疣体根部注射，每个疣注射0.2～0.5 ml，每周1次，适用于难治性寻常疣和跖疣。

2. 物理治疗　包括冷冻、电灼、激光等方法，最常用，适用于皮损较小、数目少者。

3. 内用药物治疗　目前尚无确切有效的抗 HPV 治疗药物，可试用免疫调节剂(如干扰素、左旋咪唑等)。

【注意事项】① 养成良好习惯，不用他人的脸盆、毛巾。② 不熬夜，以防过度疲劳。③ 注意避免搔抓、摩擦疣体，以防自身接种传染。同时也应避免各种物理、化学、机械因素导致皮损而引发疣体的扩展和蔓延。

四、 脓疱疮

脓疱疮是由金黄色葡萄球菌和(或)乙型溶血性链球菌引起的一种急性化脓性、传染性皮肤病。常分为寻常型脓疱疮、深脓疱疮、大疱性脓疱疮等。

【诊断要点】

1. 寻常型脓疱疮　① 本型传染性强，常在托儿所、幼儿园中引起流行，故又称接触传染性脓疱疮。② 皮损初起为红色斑点或小丘疹，迅速转变成脓疱，周围有明显的红晕，疱壁薄，易破溃、糜烂，脓液干燥后形成黄色厚痂；常因搔抓使相邻脓疱向周围扩散或融合，陈旧的痂一般于 6～10 天后脱落，不留瘢痕。③ 病情严重者可有全身中毒症状伴淋巴结炎，甚至引起败血症或急性肾小球肾炎，后者多与乙型溶血性链球菌感染有关。

2. 深脓疱疮　① 又称臁疮，由溶血性链球菌所致的一种溃疡性脓疱疮，脓疱位置较深，中心坏死形成溃疡，疼痛明显，表面有坏死和蛎壳状黑色厚痂，周围红肿明显，去除痂后可见边缘陡峭的碟状溃疡。② 好发于小腿或臀部。常见于营养较差及久病体弱者或儿童。③ 愈合较慢，病程约 2～4 周或更长。遗留瘢痕，易反复发作为特征。

3. 大疱性脓疱疮　① 主要由噬菌体Ⅱ组 71 型金葡萄所致，多见于 2～8 岁儿童。好发于面部、躯干和四肢。② 起病迅速，初为散在小水疱，很快扩大、化脓，成为脓疱或脓性大疱。疱内脓液常沉积在底部或下半部，呈半月形，易破溃流脓，露出糜烂面，干后形成黄色脓痂。痂壳脱落后留有暂时性色素沉着。③ 自觉瘙痒，故搔抓后易自我传染，向周围蔓延。

4. 葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征(staphylococcal scalded skin syndrome，SSSS)，由凝固酶阳性、噬菌体Ⅱ组 71 型金葡菌所产生的表皮剥脱毒素导致。① 多累及出生后 3 个月内的婴儿。起病前常伴有上呼吸道感染或咽、鼻、耳、鼓膜等处的化脓性感染，皮损常由口周和眼周开始迅速波及躯干和四肢。② 特征性表现是在大片红斑基础上出现松弛性水疱，尼氏征阳性，皮肤大面积剥脱后留有潮红的糜烂面，似烫伤样外观，

手足皮肤可呈手套、袜套样剥脱，口角周围可见放射状裂纹，但无口腔黏膜损害。③ 皮损有明显疼痛和触痛。病情轻者 1～2 周后痊愈，重者可因并发败血症、肺炎而危及生命。

【鉴别诊断】本病根据典型临床表现，结合细菌学检查一般不难做出诊断和分型。实验室检查：白细胞总数及中性粒细胞可增高。脓液细菌培养为金黄色葡萄球菌或溶血性链球菌。寻常型脓疱疮有时需与丘疹性荨麻疹、水痘等进行鉴别。SSSS 应与非金葡菌所致的中毒性表皮坏死性松解症进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：以外用药物治疗为主，少数病情严重患者可考虑辅以内用药物治疗。

1. 外用药物治疗　局部疗法以杀菌、消炎、收敛、干燥为原则。如脓疱完整时，可外搽 5%硫磺、1%樟脑炉甘石洗剂，一日多次。若脓疱较大，可先用消毒注射器抽出脓汁，用消毒棉花吸干后再搽上述洗剂。如脓疱已破溃、结痂，则宜用 0.5%新霉素液或 1∶5 000～10 000 高锰酸钾液清洗或湿敷，再外用莫匹罗星软膏或红霉素软膏等。

2. 内用药物治疗　皮损泛发、全身症状较重(如 SSSS)者应及时应用抗生素治疗，宜选择金葡菌敏感的头孢类抗生素，必要时依据药敏试验选择用药。对重症和 SSSS 患者应注意水电解质平衡，必要时输注血浆、全血或丙种球蛋白。

【注意事项】① 脓疱疮的传染性极强，应强调预防为主，即让小儿养成良好的卫生习惯：勤洗澡，勤剪指甲，保持皮肤清洁、干燥。② 保持局部清洁，保护创面，避免搔抓和用毛巾摩擦，以免扩散。③ 病人用过的衣被用具等及时清洁消毒(1∶200“84”消毒液浸泡 1 小时)，并对居住环境用 0.5%过氧乙酸喷洒消毒。④ 与其他病人应隔离开，以防接触传染。⑤ 指导病人患病期间不进公共浴室洗澡。⑥ 普及卫生教育，尤其对托儿所、幼儿园的保育员、教养员，以防本病流行，如有发病应及时隔离治疗，严格消毒。

五、 毛囊炎、疖和痈

毛囊炎、疖和痈等是一组累及毛囊及其周围组织的细菌感染性皮肤病。高温、多汗、搔抓、卫生习惯不良、全身性疾病如糖尿病、器官移植术后、长期应用糖皮质激素等常为诱发因素。

【诊断要点】

1. 毛囊炎　系局限于毛囊口的化脓性炎症。① 皮损初起为毛囊周围出现针尖至绿豆大小具有痒感的红色毛囊小丘疹，数天内中央出现脓疱，周围有红晕，脓疱干涸或破溃后形成黄痂，痂皮脱落后一般不留瘢痕。

② 好发于多毛部位、头皮、会阴、腋部、肛周及四肢伸侧。

2. 疖　系毛囊深部及周围组织的化脓性炎症。致病菌通常为金黄葡萄球菌。① 好发于头、面、颈、腋下、臀部等皮脂腺丰富易受到摩擦的部位。② 局部为炎性硬结，红、肿、热、痛，直径多在 1 cm 左右，呈锥形隆起。数日后硬结中间变软，有波动感，出现黄白色小脓栓，继而脓栓破溃脱落，排出脓液，炎症亦逐渐消退痊愈。③ 多为单发，若数目较多且反复发生、经久不愈，则称为疖病，多见于免疫力低下患者。

3. 痈　系多个相邻毛囊及毛囊周围炎症相互融合而形成的皮肤深层感染。① 多发于项、背等皮肤厚韧之处。② 中老年人易患此病。③ 皮损初起为弥漫性炎性硬块，表面紧张发亮，界限不清，迅速向四周及皮肤深部蔓延，继而化脓、中心软化坏死，表面出现多个脓头即脓栓，脓栓脱落后留下多个带有脓性基底的深在性溃疡如蜂窝状。周围组织明显水肿，与正常组织界限不清。④ 局部灼热、压痛明显，可伴局部淋巴结肿大和全身中毒症状。区域淋巴结常有肿大，压痛。常伴有寒战和高热，头痛和食欲减退等全身感染症状。

【鉴别诊断】毛囊炎可依据以毛囊为中心的炎性丘疹和小脓疱作出诊断；疖则根据深在性毛囊性硬结、中央有脓栓，伴红肿热痛进行诊断；痈则根据炎症更加广泛，表面有数个脓栓，脱落后形成蜂窝状深在性溃疡进行诊断。

【治疗要点】治疗原则：以外用药物治疗为主，多发性毛囊炎及较严重的疖、痈应进行内用药物治疗。

1. 外用药物治疗　早期可用热敷或理疗，促进炎症消散。也可外敷鱼石脂软膏，脓未溃时可在顶部点涂石炭酸，或采用针挑、切开排脓，脓头排出即可愈合。

2. 内用药物治疗　可选用青霉素类、头孢类、大环内酯类或氟喹诺酮类抗生素。最好根据药敏试验选择抗生素。

3. 物理治疗　早期可用超短波、红外线和紫外线理疗。

4. 手术治疗　晚期炎症范围扩大，中央已形成坏死组织或已化脓破溃的疖和痈应及时切开，充分引流排脓。

【注意事项】① 毛囊炎的防治，主要是注意皮肤清洁，增强机体抵抗力，防止外伤，积极治疗瘙痒性皮肤病及全身慢性疾病。② 头皮的毛囊炎患者需注意随时保持头皮清爽，保证睡眠充足，舒缓压力；前胸、后背及臀部毛囊炎的患者，多与湿、热、出汗及个人体质有关；大腿毛囊炎的患者多由裤子与腿部毛囊摩擦造成；而上臂毛囊炎的患者，则多是因为毛孔角化的结果。③ 患者需注意避免捂、热以及过度流汗，不要穿太紧或太硬的裤子，同时注意个人清洁卫生，加强体育锻炼，增强抗病能力。④ 饮食

上注意少吃酸、辣等刺激性食物，多食蔬菜、水果，增加维生素，保持大便畅通。⑤ 颜面部的疖和痈常因局部炎症扩散，引起全身并发症，甚至造成死亡。此与颜面部的解剖特点密切相关。病原菌金黄色葡萄球菌的毒素能使机体中毒，使局部病变区发生化脓性血栓性静脉炎，促使感染沿着面部静脉扩散。发生在上唇和鼻部危险三角区的疖和痈易并发海绵窦血栓性静脉炎、脑膜炎或脑脓肿，可引起脓毒败血症，应避免挤压，并密切观察病情变化，加强医患沟通，防止医疗纠纷。

六、 丹毒和蜂窝织炎

丹毒系由溶血性链球菌从皮肤、黏膜的细小伤口入侵所致的皮肤、皮下组织内淋巴管及其周围组织的急性炎症；蜂窝织炎则是由溶血性链球菌和金黄色葡萄球菌所致的皮下、筋膜下、肌间隙或深部蜂窝组织的一种急性弥漫性化脓性感染性炎症。

【诊断要点】

1. 丹毒　① 好发于足背、小腿、面部等处，多为单侧性。② 起病急剧，突然出现寒战、头痛、疲乏，关节酸痛，继之发热。③ 典型皮损为水肿性红斑，界限清楚，局部温度升高伴有压痛。表面紧张发亮，迅速向四周扩大。④ 可有不同程度全身中毒症状和附近淋巴结肿大。病情多在4～5天达高峰，消退后局部可留有轻度色素沉着及脱屑。

2. 蜂窝织炎　① 是一种皮肤伤口的细菌感染，当细菌感染已经侵犯到皮肤皮下脂肪层，因为皮下脂肪本身的排列方式就有点像蜂窝，所以这类炎症又称为蜂窝组织炎。② 好发于四肢、面部、外阴和肛周等部位。③ 皮损初起为弥散性、水肿性、浸润性红斑，界限不清，局部皮温增高，皮损中央红肿明显，严重者可形成深部化脓和组织坏死。④ 急性期常伴有疼痛、高热、寒战和全身不适，可有淋巴结炎，甚至败血症；慢性期皮肤呈硬化萎缩，类似于硬皮病。

【鉴别诊断】丹毒和蜂窝织炎根据典型临床表现，结合全身中毒症状和血白细胞计数即可确诊。① 丹毒好发部位是面部和下肢。② 起病急，常有寒战、高热、头痛等全身症状，白细胞增高。③ 局部出现红斑，色呈玫瑰，形态不规则，与正常组织分界清楚。

需与接触性皮炎、类丹毒等进行鉴别：① 接触性皮炎：有接触史，局部红肿、边界清楚、痒，有丘疹、水疱、大疱、糜烂、渗液。② 类丹毒：有手部刺伤或刀切病史及发生境界清楚的紫红斑。

【治疗要点】治疗原则：应注意寻找附近有无慢性病灶，有足癣等丹毒诱发因素应积极处理。本病以内用药物治疗为主，同时辅以外用药物治疗。

1. 内用药物治疗 早期、足量、高效的抗生素治疗可减缓全身症状，控制炎症蔓延并防止复发。治疗首选青霉素，每天480万～800万U静脉滴注，治疗周期应持续2周左右以防止复发；青霉素过敏者可选用红霉素或喹诺酮类药物。必要时依据药敏试验选择抗生素。

2. 外用药物治疗 可用25%～50%硫酸镁或0.5%呋喃西林液湿敷，并外用抗生素软膏。

3. 物理治疗 采用紫外线照射、音频电疗、超短波、红外线等有一定疗效。

4. 手术治疗 已化脓者应行手术切开排脓。

【注意事项】① 预防丹毒和蜂窝织炎应重视皮肤的清洁卫生和避免损伤，皮肤受伤后要及早处理，有化脓性病变更应及时治疗。② 婴儿和老年人的抗感染能力较弱，要重视生活护理。③ 一旦身体出现伤口，切记不可用手去抠，也不要碰触生水，最好能就医处理；若要自行处理，要注意保持无菌。④ 眼眶蜂窝组织炎是眼内软组织的一种急性化脓性炎症。常见的原因是由于上颌骨髓炎、急性泪囊炎、副鼻窦炎及面部炎症、疖肿、麦粒肿、眼眶外伤等，为防止该病的发生，应及早治疗各种原发病。颜面部"危险三角区"的疖肿不要挤压，否则易导致本病的发生。一旦发生眶蜂窝组织炎，应及早到医院就诊。⑤ 丹毒的治疗周期要长，一般为2周左右，治疗不彻底容易复发。

七、 手癣和足癣

手癣指皮肤癣菌侵犯指间、手掌、掌侧平滑皮肤引起的感染；足癣是足趾间、足跖、足跟、足侧缘的皮肤癣菌感染。手足癣，常表现为夏重冬轻或夏发冬愈。多累及成年人。手足癣可分为三种类型。

【诊断要点】

1. 水疱鳞屑型 ① 好发于指(趾)间、掌心、足跖及足侧。② 足底或手掌出现水疱，甚至几个水疱融合成较大的水疱，边界清楚，皮肤不红，疱破脱屑，撕去疱壁露出蜂窝状基底及鲜红的糜烂面。③ 瘙痒明显。水疱经数天后干涸，呈现领圈状或片状脱屑，皮损可不断向周围蔓延，病情稳定时以脱屑为主。

2. 角化过度型 ① 好发于足跟及掌跖部。② 局部多干燥，皮损处角质增厚，表面粗糙脱屑，纹理加深，易发生皲裂、出血，皮损还可向足背蔓延。③ 一般无瘙痒，有皲裂时疼痛。

3. 浸渍糜烂型 ① 好发于指(趾)缝，尤以第3～4和4～5指(趾)间多见。② 趾(指)间皮肤发白，糜烂、浸渍，边缘清楚，去除浸渍的表皮，留下潮湿的鲜红新生皮肤。

本病的一种类型或几种类型可以同时存在，亦可以相互转化。结合真菌镜检或培养可明确诊断。

【鉴别诊断】本病需与湿疹、汗疱疹、掌跖脓疱病等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：本病以外用药物治疗为主，治疗成功的关键在于坚持用药，疗程一般需要1～2个月；角化过度型手足癣或外用药疗效不佳者可考虑内用药物治疗。

1. 水疱鳞屑型可外用咪康唑霜、克霉唑霜、复方苯甲酸搽剂、复方雷锁辛搽剂等；角化增厚型可作复方苯甲酸软膏，咪康唑霜或10%冰醋酸浸泡；有皲裂者，可加用尿素脂。

2. 皮损消退后应继续搽药至少2周；手部搽药次数应适当增加，特别是洗手后加搽软膏或霜剂。

3. 病程久者或局部治疗效果差者可口服伊曲康唑200 mg/d顿服，连服一周；或特比萘芬250 mg/d，连服2周。

4. 足癣继发细菌感染时应联用抗生素，同时局部用0.1%利凡诺尔或1∶5 000高锰酸钾溶液湿敷。

5. 引发癣菌疹时，应在积极治疗活动性病灶的同时给予抗过敏药物。

【注意事项】① 平时要讲究个人卫生，勤换袜子，容易出脚汗的人宜穿棉袜，不宜穿不透气的尼龙袜和胶鞋。② 手足多汗和损伤，是手癣或足癣最多见的诱因之一，平时要减少化学性、物理性、生物性物质对手足皮肤的不良刺激。③ 洗脚或洗澡后，要揩干趾缝间的水分，扑粉，尽量保持趾间的干燥，以防止表皮真菌的再感染。④ 鞋袜、脚布要定期灭菌，保持足部清洁干燥，避免到不清洁的浴池、游泳池洗澡、游泳。不要用公用拖鞋、脚盆、擦布等。

八、 体癣和股癣

体癣指发生于面颈部、躯干部和四肢皮肤的皮肤癣菌感染；股癣指腹股沟、会阴、肛周和臀部的皮肤癣菌感染，属于发生在特殊部位的体癣。本病夏秋季节多发。肥胖多汗、糖尿病、慢性消耗性疾病、长期应用糖皮质激素或免疫抑制剂者为易感人群。

【诊断要点】① 原发损害为丘疹、丘疱疹或水疱，针头到绿豆大小。② 表面覆有鳞屑的红色斑片，由中心逐渐向周围等距离扩展蔓延，形成环形或多环形。③ 边缘微隆起，中央炎症减轻，伴脱屑或色素沉着。④ 长期搔抓刺激引起局部湿疹样改变或浸润肥厚呈苔藓样变。也常因搔抓而继发细菌感染。⑤ 股癣患处透气性差、潮湿、易摩擦，常使皮损炎症明显，瘙痒显著。⑥ 根据临床表现、皮损形态，可以直接诊断，不典型

者可以鳞屑直接镜检查到菌丝或孢子以明确诊断。

【鉴别诊断】本病常需与慢性湿疹、维生素 B_2 缺乏症，脂溢性皮炎，红癣等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：本病以外用药物治疗为主，皮损广泛或外用药疗效不佳者可考虑内用药物治疗。

1. 外用药物治疗　可酌情外搽复方雷锁辛搽剂(卡氏搽剂)、3%咪康唑霜、1%～2%克霉唑霜、酮康唑霜、联苯苄唑霜、特比萘芬霜等，每天 2 次，连续 2～4 周。皮损消退后继续用药 2 周，以免复发。对股癣及婴幼儿体、股癣患者宜选用较温和的药物。

2. 内用药物治疗　可口服伊曲康唑(200 mg/d，顿服，疗程 14 天)或特比萘芬(250 mg/d，疗程 1～2 周)，与外用药物治疗联用可增加疗效。

【注意事项】① 患股癣者注意保持局部清洁干燥。② 积极治疗自身的头癣、手癣、足癣或甲癣。尽量避免和其他患者，包括有癣病的动物如猫、狗等密切接触。③ 要穿宽松合适的贴身内衣、内裤，以减少对皮肤的摩擦。④ 积极治疗原有的消耗性疾病如糖尿病等。⑤ 应尽量避免滥用糖皮质激素、免疫抑制剂等，以免因机体抵抗力降低而易致感染。⑥ 平时应注意讲究卫生，保持皮肤清洁干燥，尤其是肥胖者要经常洗澡，在间擦部位敷以扑粉。衣服被褥应定期在日光下晾晒。

九、 甲真菌病

本病是指皮肤癣菌所致的指(趾)甲感染。

【诊断要点】根据病菌侵犯甲的部位和程度不同，可分为以下几种类型：① 白色浅表型：为致病菌直接侵犯甲板表层，病损初期甲板浅层有点状白色岛屿，渐扩大融合成白色云雾状混浊，甲板表面凹凸不平或变形。② 远端侧位甲下型：此型最常见，多由手足癣蔓延而来。致病菌先侵入远端甲下甲床，再由此侵及甲下甲板，使之增厚、灰黄浑浊，甲板表面凹凸不平或破损。③ 近端甲下型：致病菌侵入甲根部小皮和近端甲板及甲床，表现为甲半月和甲根部粗糙肥厚、凹凸不平或破损，常伴甲沟炎。④ 全甲毁损型：是各型甲真菌病发展的最终结果。全甲板侵蚀、破坏、脱落，甲床表面可见堆积的角质增生，甲板部分或全部脱落，甲床表面残留粗糙角化堆积物，甲床亦可增厚、脱屑。可继发甲沟炎。

根据甲变色、无光泽、增厚破损，结合真菌镜检阳性即可确诊，必要时做真菌培养。

【鉴别诊断】本病需与甲营养不良、银屑病、扁平苔藓、慢性湿疹等所致甲病进行鉴别。根据临床症状以及真菌镜检和培养，甲癣可以和这些疾病鉴别。

【治疗要点】治疗原则：坚持使用抗真菌药，避免甲损伤。

1. 化学除甲及拔甲

(1) 化学除甲：可用40%尿素软膏封包使病甲软化剥离，再外用抗真菌制剂。

(2) 手术拔甲：适用于单一真菌感染的病甲，拔甲后可短期外用或者口服抗真菌药。

2. 局部用药　可作为辅助用药或损害范围小(病甲面积<30%)时应用。

先用小刀或指甲锉尽量去除病甲，再外用巴特芬(8%环吡酮胺甲制剂)或阿莫罗芬(5%阿莫罗芬制剂)每周1次，连续6个月。

3. 系统用药

(1) 伊曲康唑：目前多采用冲击疗法。每次200 mg，一日2次，饭后顿服，连服1周后停药3周为一疗程，指甲感染者需2～3个疗程，趾甲需3～4个疗程。

(2) 氟康唑：对皮肤癣菌及念珠菌甲病有效。每周服药一次，每次150～300 mg。指甲患者服用12周，趾甲16周。

(3) 特比奈芬：为皮肤癣菌感染者首选，对部分酵母及霉菌有效。用法为每日1次，250 mg，连服9周(指甲)～12周(趾甲)。

【注意事项】① 积极治疗常见的手足癣病、皮肤癣病，以避免向身体其他部位传染。② 改善指、趾部血循环，避免穿紧鞋。③ 避免甲部外伤。④ 养成良好的卫生习惯，不穿他人的鞋袜，不在公共游泳池、浴室、桑拿、健身房等地赤足行走。⑤ 因药物不易进入甲板且甲生长缓慢，故外用治疗较为困难，其关键在于坚持用药。

十、 疥疮

疥疮是由疥螨引起的接触传染性皮肤病。疥虫分泌的毒素诱发皮肤瘙痒。可通过直接或间接传播。

【诊断要点】① 发病部位为皮肤柔软薄弱处，如指间、腕屈侧、肘窝、腋窝、腰围及外生殖器周围，其中以手指缝、男性外生殖器和女性乳房下的皮疹最有典型意义。② 可全身发病，一般不发生在头、面及掌跖部位，小孩可发生在颜面部和手足部。疥疮夜间瘙痒剧烈。③ 皮疹呈散在分布或密集成群，为针尖大小丘疹、丘疱疹，若有感染则有脓疱。④ 隧道为疥螨钻行的痕迹，往往在指缝常能见到很浅的线形匐行疹，呈灰白色或浅黑色，长短不一。⑤ 阴囊、阴茎、阴唇、股内侧等处，可发生豆大淡红色结节称为疥疮结节，经久不消，疥疮结节是疥疮的一种严重表现。⑥ 久病者常因搔抓而出现湿疹样变或继发脓皮病、淋巴结炎；婴

幼儿偶可发生以大疱为主的大疱性疥疮。本病多发生于冬季，病程长短不一，有的可迁延数月。根据接触史、典型临床表现结合疥螨检查一般可确诊。

【鉴别诊断】本病需与虱病、丘疹性荨麻疹、皮肤瘙痒症等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：及时隔离治疗，选用抗疥疮药、抗组胺药。

1. 本病以外用药物治疗为主，全身涂药，有无皮疹处均要涂药，用药量较大，常用的外用药物有：

(1) 10%（儿童用 5%）硫磺软膏外搽，全身搽药膏一遍，每日早晚各 1 次，连用 3 日，第 4 日更换衣服洗澡。被褥、床单均要煮沸，治疗过程中不洗澡，不更衣，2 周后如仍检出疥虫或有新疹出现，再用上法治疗 1 次。

(2) 1% γ-666 霜：杀虫作用强但有毒性，一般只外用一次，成人用量不能超过 30 g，儿童、孕妇和哺乳期妇女禁用。

(3) 疥疮结节可外用糖皮质激素或焦油凝胶，也可皮损内注射泼尼松龙混悬液，如继发化脓性感染应同时抗感染治疗。

2. 瘙痒严重者可于睡前口服抗组胺药。

【注意事项】① 平时应注意个人卫生，勤洗澡、勤晒被褥。② 患者应及时隔离，疥疮治疗一定要进行集体治疗，家庭或集体宿舍中的患者应同时治疗。③ 污染物品应煮沸消毒或在日光下暴晒以杀灭疥螨。④ 个人的面盆、水杯、毛巾要独自使用，预防传染他人。

十一、 隐翅虫皮炎

隐翅虫皮炎是由于皮肤接触隐翅虫毒液引起的皮肤急性炎症反应。隐翅虫白天栖居于杂草石下，夜间活动，有趋光性，当被拍打或捏碎时，体液接触皮肤或由拍捏毒虫的手带至别处而引发接触性皮炎。

【诊断要点】① 本病好发于夏秋季，雨后闷热天气尤为多见。② 好发于面、颈、四肢和躯干等暴露部位。③ 开始仅为点、片状或条索状红斑，随后红斑上出现密集的水疱和脓疱，部分脓疱融合成片，可出现糜烂、结痂、坏死，中央呈灰褐色坏死，灼痛明显。④ 皮疹广泛时伴全身不适，严重者出现发热、头痛、头晕、恶心和浅表淋巴结肿大等全身症状。⑤ 1～2 周后脱痂而愈，留有明显的色素沉着。

【鉴别诊断】根据好发季节及典型临床表现可作出诊断，若发现隐翅虫，则可确诊。本病需与接触性皮炎、急性湿疹、脓皮病、螨虫皮炎、蠓虫皮炎、桑毛虫皮炎等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：避免用手拍打隐翅虫，及时进行局部处理。

1. 发生隐翅虫皮炎应立即用碱性肥皂液清洗或涂擦 10%氨水，以中和毒素，外擦炉甘石洗剂，也可将蛇药片用水或醋调匀外擦。

2. 水肿明显或有糜烂渗出时可用1∶5 000～1∶8 000高锰酸钾溶液或5%碳酸氢钠溶液湿敷。

3. 皮疹广泛、症状严重者可口服抗组胺药。有继发感染应给予抗感染治疗。

4. 病情严重者酌情使用糖皮质激素。

【注意事项】① 清除房屋四周的杂草、朽木、垃圾，保持室内清洁、整齐。② 要注意环境卫生，定期喷洒杀虫剂，如溴氢菊酯或奋斗呐等，捣毁隐翅虫的栖息地和孳生场所。③ 关好纱门纱窗，预防隐翅虫飞人居室内。④ 盛夏时节，不要开窗开灯睡觉，使用蚊帐或尽量减少身体的暴露。⑤ 发现隐翅虫落在皮肤表面，不要直接拍打或用手捻碎虫体，可用嘴吹掉或拨落。

十二、 虫咬皮炎

受蚊、螨、蠓等叮咬或由于接触分泌物、蜕皮引起皮疹，通称为虫咬皮炎。常分为蒲螨皮炎、革螨皮炎、蠓虫皮炎等。

【诊断要点】① 有蚊、螨、蠓叮咬史，表现因人而异。② 皮损可以是针尖至针帽大小的红斑疹或瘀点，也可表现为水肿性红斑、丘疹、风团，自觉瘙痒。③ 婴幼儿甚至可以出现面部、手背或阴茎等部位的血管性水肿。

【鉴别诊断】根据患者的临床症状，蚊虫接触史一般不难做出诊断，需和桑毛虫皮炎、松毛虫皮炎鉴别。

【治疗要点】治疗原则：及时处理被叮咬部位，对症治疗。蚊虫叮咬可外用1%薄荷或酚炉甘石洗剂、樟脑搽剂，瘙痒明显可口服抗组胺药。避免搔抓，避免感染，如感染明显时，可局部涂百多邦软膏。

【注意事项】① 应注意环境卫生，消除蚊虫孳生地，必要时喷洒杀虫剂。② 外出时皮肤可外用驱蚊药，野外林区工作人员应做好防护工作并随身携带急救药品。③ 最好穿长袖上衣和长裤，不要为了贪图凉快而遭蚊虫袭击。④ 处理咬伤的关键在于动作要快。处理得愈快，愈能有效地控制疼痛及肿胀。⑤ 勿喝酒，因为酒精容易使皮肤发红、血管扩张，更容易招致蚊虫。

（骆 丹 刘 昕）

第二节 物理性皮肤病

皮肤作为机体屏障，无时无刻不与外界环境接触，受到日光、冷、热、摩擦及放射线等物理性损害，由此引发的皮肤病，称之为物理性皮肤病。

一、 日晒伤

日晒伤，又称"晒斑"或"日光性皮炎"，是由强烈日光照射所致的急性皮肤光毒性反应，特点是日晒后曝光部位出现境界清楚的水肿性红斑，伴灼热瘙痒感，重者可有大疱。多见于春夏季。

【诊断要点】① 有日光暴晒史，浅肤色人群易发。② 多在暴晒日光后 2～12 小时内发疹。③ 曝光部位境界清楚的水肿性鲜红斑至猩红斑，皮温高，伴瘙痒、灼痛感。严重者可有大疱形成，并可伴不适、畏寒、发热、恶心、心动过速和低血压等全身症状。④ 数天后红肿逐渐消退，出现脱屑，可留有暂时性色素沉着。

【鉴别诊断】接触性皮炎：有接触致敏源史，与日晒无关，表现为接触部位一致的境界清楚的水肿性红斑，面积一般较局限。

【治疗要点】治疗原则：迅速脱离日晒伤现场，及时处理局部晒伤。

1. 局部治疗　减轻局部红肿、灼痛症状，可用炉甘石洗剂外用，每日 3 次；或冰牛奶、3%硼酸溶液湿敷 20 分钟，每两小时一次，直至症状缓解；或糠酸莫米松软膏外用，每日 1 次；或 0.5%～1%吲哚美辛霜外用每日 3 次。

2. 系统治疗　面积大，皮疹重，有全身症状者可予抗组胺药物，糖皮质激素系统性用药。如西替利嗪片 10 mg 口服，每日 1 次；或氯雷他定片 10 mg 口服，每日 1 次；或泼尼龙片 10 mg 口服，每日 3 次。

【注意事项】① 避免在最高强度 UVB 时的日晒（上午 10 时至下午 2 时），使用物理屏障或防晒霜减少日光直晒。② 夏季户外活动常规应用 SPF15 以上的防晒霜，海滩、雪地和高山等地更易晒伤，应使用 SPF 值更高的防晒霜。

二、 多形性日光疹

多形性日光疹是由日光中紫外线诱导的迟发型光变态反应，特点是日晒一段时间后曝光部位皮肤出现多形性、瘙痒性皮疹，常季节性反复发作。10%～50%患者有家族史。

【诊断要点】① 春夏多见，好发于 30 岁以下女性，常有季节性发病史。② 日晒后数小时到数天，曝光部位皮肤出现多形性皮疹，但同一患者常以一种疹型为主。丘疹型最常见，丘疱疹、红斑、斑块样和湿疹样损害也可出现。③ 发病部位多见于颈部、颈下 V 区、前臂和臀部等，全年曝露的面部、手背皮疹反而少。④ 紫外线红斑反应试验异常；光激发试验大多阳性，光斑贴试验阴性。⑤ 组织病理学：表皮正常或有角化不全、灶状海绵形成，棘层增厚。真皮浅层血管扩张，淋巴细胞浸润。

【鉴别诊断】需与红斑狼疮、光化性痒疹、接触性皮炎等相鉴别，依据病史、临床表现、组织病理、实验室检查不难鉴别。

【治疗要点】治疗原则：避免日晒，及时进行局部处理。

1. 药物治疗　局部外用药缓解症状，如炉甘石洗剂、糖皮质激素软膏。严重者口服抗组胺药止痒，糖皮质激素控制急性发作。口服抗疟药增强对日光耐受性，如氯喹每日 200～400 mg 口服，症状缓解减少至每日 200 mg 口服，6～8 月服用；免疫抑制剂用于常规疗法无效的严重患者，注意检测不良反应：如沙利度胺 150～300 mg 分两次口服或雷公藤 20 mg 口服，每日 3 次，或硫唑嘌呤 50～150 mg 口服显效后减量至 25～50 mg 维持。

2. 光疗及光化学疗法　在不激发多形性日光疹发作的前提下，诱导患者产生光学耐受：长波紫外线每周 2～3 次或窄谱中波紫外线每周 2～3 次或中波紫外线每周 2～3 次。

【注意事项】① 正规采用避光措施，限制紫外线照射，使用高防护指数(SPF)的防晒霜。可通过小剂量日晒和口服胡萝卜素等增加对紫外线的耐受性。② 应避免外用、口服光敏性药物和食物。暴露日光 15～30 分钟前使用防晒霜，日光照射 15～30 分钟后重复使用防晒霜，游泳、擦洗、过分出汗和摩擦等剧烈活动后宜重复使用防晒霜。

三、 夏季皮炎

夏季皮炎是夏季炎热所致的季节性炎症性皮肤病。特点是每年 6～8 月进入高温天气后，躯干、四肢出现瘙痒性皮疹，天凉后可自然减轻或消退。多见于成人。

【诊断要点】① 有季节性反复发病史，多见于高温环境下工作者。② 好发躯干四肢，特别以双胫前出现大片鲜红斑，其上密集针头至粟粒大丘疹、丘疱疹。剧痒，搔抓后有抓痕、血痂，皮肤增厚或继发感染。

【鉴别诊断】需与夏季瘙痒症相鉴别，后者为四肢伸侧为主的皮肤瘙痒，无原发皮损，仅见抓痕、结痂。

表 10-2-1　三种夏季常见皮肤病的鉴别诊断

	日晒伤	多形性日光疹	夏季皮炎
病因	UVB	UVA 为主	高温
病史	强晒后发	遗传，反复	反复发作
发病季节	春夏	春夏	6～8 月
好发人群	浅肤色	30 岁以下女性	成年人

（续表）

	日晒伤	多形性日光疹	夏季皮炎
好发部位	曝光部位	颈下、颈	下肢伸侧多见
皮疹类型	水肿性红斑	多形性	丘疹，继发皮疹
症状	灼痛、痒	痒	剧痒
预后	不晒不发	易再发	易再发

【治疗要点】治疗原则：避免高温环境，局部治疗为主。

药物治疗：局部用药同日晒伤，瘙痒剧烈时，可用西替利嗪片 10 mg 口服，每日 1 次。

【注意事项】① 保持室内通风和散热，保持皮肤清洁干燥。② 本病在天凉后能自然减轻、消退，改变患者所处的高温环境很关键。

四、冻疮

冻疮是发生于寒冷季节的局限性、瘀血性、炎症性皮肤病。特点是末梢部位皮肤出现水肿性紫红色斑，伴痒痛。长期暴露湿冷空气、缺乏运动、手足多汗、营养不良、贫血、鞋袜过紧、户外工作及慢性消耗性疾病为诱发因素。

【诊断要点】① 常发生于初冬、早春季节，多见于儿童、妇女和缺少活动或肢体末梢血液循环不良者。② 好发部位为末梢皮肤：如耳轮、耳垂、鼻尖、手指、手背、足跟、趾背和股外侧等部位。③ 皮损为紫红色水肿性斑，境界不清，压之部分或完全褪色，伴瘙痒感，进入温暖环境痒感加重。可有水疱、溃疡形成，痊愈后留有瘢痕。④ 可多年反复发作。

【鉴别诊断】多形性红斑：常见于四肢末端，特征性表现为虹膜样靶样损害，可伴口腔黏膜损害，伴痒或痛感。

【治疗要点】治疗原则：避免寒冷环境，可药物配合仪器治疗。

1. 药物治疗　早期未破溃皮损，局部外用药促进局部血循环，可用复方山莨菪碱软膏外用，每日 2 次；或辣椒酊外用，每日 2 次；或 10%樟脑软膏外用，每日 2 次；或蜂蜜猪油软膏外用，每日 2 次。溃疡形成后，防止感染，可用莫匹罗星软膏外用，每日 2 次。口服扩血管药物，增强皮肤血循环，如烟酰胺 100 mg 口服，每日 3 次；或硝苯地平 20 mg 口服，每日 3 次；双嘧达莫 25 mg 口服，每日 3 次。中药活血化瘀，如血塞通胶囊 200 mg口服，每日 3 次。

2. 仪器治疗　红外线光疗和音频电疗，每日 1 次，10 次一疗程。

【注意事项】① 本病重在预防，注意保暖，加强体育锻炼，特别是手足

运动，促进局部血液循环。② 多食高热量和维生素丰富的食物，受冻后不宜立即加热或用火烘烤。

五、 鸡眼、胼胝

皮肤长期被挤压或摩擦所致的倒圆锥形鸡眼状角化栓称之为鸡眼，中厚边薄的半透明角质斑片称之为胼胝，均好发于足跖部。

【诊断要点】

1. 鸡眼有硬软之分，硬鸡眼好发于趾背或跖部骨突处，质硬，呈淡黄色；软鸡眼多见于趾间，质软、潮湿浸渍，呈灰白色，均有压痛。

2. 胼胝为一局限性角质板，呈蜡黄，扁平或稍隆起，质硬，光滑半透明，中厚边薄，境界不清，一般无症状，部分面积较大者可伴疼痛。

【鉴别诊断】见表 10－2－2。

表 10－2－2　三种常见足部病变的鉴别诊断

	鸡　眼	跖　疣	胼　胝
好发部位	骨突出或受压处	足跖、足趾	足跖受力摩擦处
皮疹形态	倒圆锥形角质栓	乳头状粗糙丘疹	中厚边薄的角质斑片
境界	局限	局限	不清楚
表面	皮纹清楚	无皮纹，点状出血点	皮纹清楚
疼痛	顶压痛	捏两侧则痛	不痛

【治疗要点】治疗原则：注意保护足步，有症状者可以适当治疗。可用外用角质剥脱剂，如 40％水杨酸硬膏 2～3 天换用，维甲酸软膏外用每日 2 次。

【注意事项】① 穿合适而柔软的鞋袜，减少压迫或摩擦。用鞋垫减轻压迫。② 胼胝具有一定的保护作用，无症状者不需治疗，不要随便乱剪、乱挖。

六、 手足皲裂

手足皲裂是指因各种原因导致手足皮肤干燥，失去弹性而开裂。可以是一种独立的疾病，也可以是某些皮肤病如掌跖慢性湿疹、手足癣、掌跖角化症等的伴随症状。

【诊断要点】① 寒冷季节从事户外工作或接触溶脂性、碱性物质的体力劳动者，有累及手足的慢性皮肤病患者。② 好发于手掌、指屈面、足跟、足侧、趾缝等处。③ 根据皲裂深浅程度，可分为三度：A. Ⅰ度皲裂：仅达表皮，无出血、疼痛；B. Ⅱ度皲裂：龟裂，达真皮浅层，有轻度疼痛，无

出血；C. Ⅲ度皲裂：深达真皮和皮下组织，常有出血和疼痛。④ 常伴掌跖角质增生，角化过度。

【鉴别诊断】与掌跖角化症相鉴别，后者表现为掌跖部位片状角化过度斑片，无开裂疼痛。

【治疗要点】治疗原则：针对原发病进行治疗。增加局部水分和油脂，可用15%尿素软膏外用，每日2次，或1%尿囊素软膏外用，每日2次，或肝素钠软膏外用每日2次，或维胺酯维E软膏外用，每晚一次，可封包。

【注意事项】① 保持手足清洁、滋润，尽量少接触酸、碱和脱脂性溶媒。② 对Ⅲ度皲裂，用药前先用热水浸泡患处，使角质软化，并用刀片将角质削薄，再外用药物效果较好。

七、 摩擦红斑

又叫"间擦疹"，为皱襞部位反复摩擦，汗液刺激等所致的炎症性皮肤病，特点是皱褶部位境界清楚的水肿性红斑，可继发真菌、细菌感染。常见于肥胖婴儿或卧床不能活动的老年人。

【诊断要点】① 多发于湿热季节。② 好发于皱褶部位，如颈、乳房下、腹股沟、臀沟、指和趾缝等处。③ 皮损初为境界清楚的水肿性红斑，表面潮湿，边界与皮肤交接面一致，处理及时，则皮损很快消退，否则炎症进展，可出现丘疹、水疱，以致糜烂渗出，还可并发念珠菌、细菌感染。

【鉴别诊断】与尿布疹相鉴别，后者为尿液分解物所致接触刺激性皮炎，皮损与尿布面积一致，皱襞部位皮损轻。

【治疗要点】治疗原则：及早对症治疗，有糜烂者应防止感染。

1. 红斑阶段以干燥、润滑为主，仅用硼酸滑石粉即可。

2. 糜烂后以收敛、抗炎为主，用3%硼酸溶液湿敷。

3. 若有细菌或真菌感染，可用0.5%黄连素液，0.1%～0.5%依沙吖啶清洗；若有念珠菌感染，可用制霉菌素或其他抗真菌药的粉剂。

【注意事项】① 保持局部清洁、干燥、润滑，皱襞部位常用扑粉。② 对好发人群应注意保持皱襞部位通风干燥，外用扑粉，一旦有红斑形成，及早治疗。

八、 放射性皮炎

放射性皮炎又称"皮肤放射性损伤"，是由各种类型的电磁辐射，特别是α射线、β射线、γ射线和X射线，以及电子、核子和质子的照射而引起的一系列皮肤反应和损伤，表现为可逆性的毛发脱落、皮肤炎症、色素沉着以及不可逆的皮肤萎缩，附属器消退和永久性毛发缺失，甚至放射性坏

死、溃疡和恶变。

【诊断要点】① 急性放射性皮炎：单次接受大剂量电离辐射，多见于恶性肿瘤放射治疗或发生放射意外事故后。早期反应类似与热灼伤，常称之为放射性烧伤。② 慢性放射性皮炎：多次小剂量照射（亚红斑量）的蓄积所致，多见于放射工作人员或接受多次放射线照射的患者。缓慢隐匿进展，初为皮肤干燥、变薄，汗腺、皮脂腺分泌减少，毛细血管扩张、色素沉着或减褪，毛发脱落，皮肤萎缩，以后可形成难愈性溃疡，晚期可发生癌变。

【鉴别诊断】急性放射性皮炎与日晒伤相鉴别，后者有日光暴晒史，在曝光部位出现红斑水肿，伴灼痛，预后良好。慢性放射性皮炎需与皮肤基底细胞癌和鳞状细胞癌相鉴别，病史结合病理可区分。

【治疗要点】

1. 急性放射性皮炎　处理同日晒伤，原则是保护皮肤免受刺激。Ⅲ度溃疡需广泛切除，予皮瓣全层植皮。

2. 慢性放射性皮炎　保护受损皮肤，避免刺激，防止感染，促进创面愈合，必要时手术切除。

【注意事项】① 严格掌握放射治疗的适应证和总剂量，加强操作环境和个人安全防护措施。② 如有放射源泄露事件，应立即做好防护并脱离辐射源和受污染区。③ 对于晚期可疑癌变的皮损行活检病理以明确诊断。

（骆　丹　高　洁）

第三节　过敏性及变态反应性皮肤病

一、接触性皮炎

接触性皮炎是皮肤或黏膜接触外源性物质后在接触部位甚至以外的部位发生的急性或慢性炎症反应，表现为红斑、丘疹、水疱甚至大疱。

【诊断要点】① 皮损通常局限于接触部位，多为单一形态，境界清楚。② 斑贴试验是诊断接触性皮炎的最简单可靠的方法。③ 根据发病机制本病可分为原发刺激性接触性皮炎和变态反应性接触性皮炎。在原发刺激性接触性皮炎中，接触物具有强烈刺激性或毒性，任何人接触该物质均可发病，无一定潜伏期。而在变态反应性接触性皮炎中，接触物为致敏因子，仅少数人接触后经过一定时间的潜伏期发生变态反应性炎症。④ 根据病程本病可分为急性、亚急性和慢性接触性皮炎。急性接触性皮炎的典型皮损为境界清楚的红斑、丘疹和丘疱疹，严重时红肿明显并出现水疱

和大疱；亚急性表现为轻度红斑、粗糙、脱屑、皲裂；慢性期则为暗红斑，皮肤增厚呈苔藓样变。

【鉴别诊断】本病诊断一般不难，根据接触史，接触部位典型皮损特点即可诊断，斑贴试验有助于快速准确诊断，临床上应注意与丹毒、晒斑、系统性红斑狼疮、皮肌炎等皮损主要表现为红斑的皮肤病进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：迅速查明致敏原因，进行针对性治疗。

1. 一般治疗　寻找致敏原因，尽量避免接触已知的过敏源和易致敏物质。

2. 局部治疗　应根据病因、皮损特点及病期选择合适的外用药剂型和药物。伴有感染时加用抗生素（如莫匹罗星）外用

(1) 急性期：① 无渗出时，选择有止痒、消炎和保护皮肤作用的炉甘石洗剂。② 有渗出时，采用溶液开放性冷湿敷，如3%硼酸、0.1%雷弗诺尔溶液及1∶8 000高锰酸钾液等。

(2) 亚急性期：采用氧化锌油或氧化锌糊膏外用，也可选用各种糖皮质激素霜剂。

(3) 慢性期：一般选用糖皮质激素软膏外用。

3. 全身治疗

(1) 抗组胺类药物：如氯雷他定10 mg口服，每日1次。

(2) 非特异性脱敏疗法：10%葡萄糖酸钙注射液10 ml，静脉注射，每日1～2次；维生素C 0.1～0.3 g/次口服，每日3次。

(3) 严重或泛发性变态反应性接触性皮炎患者，应考虑应用糖皮质激素治疗。成人可用泼尼松30～40 mg/d，早晨顿服；或氢化可的松150～200 mg，或地塞米松5～10 mg加入5%葡萄糖液500 ml中静脉滴注，每日1次。病情控制后，逐渐减量至停药。

(4) 继发感染者，抗过敏治疗同时，应联合使用有效抗生素治疗。

【注意事项】① 接触性皮炎的治疗关键是首先找出致敏源，迅速脱离接触物，然后才是积极对症处理。治愈后应尽量避免再次接触致敏源，以免复发。② 对于原发刺激性接触性皮炎，要针对刺激物的性质选用不同的清洁剂。如因碱性物质引起的刺激性皮炎可用弱酸（硼酸、醋酸等）中和，因酸性物质引起的可用弱碱（碳酸氢钠溶液等）中和。③ 斑贴试验：原发刺激性接触性皮炎一般根据病史和临床表现相对比较容易找到致病接触物，但变态反应性接触性皮炎的致敏源需通过斑贴试验来明确致敏源。斑贴试验包括标准筛查系列变应原和可疑接触物的检查，需注意要等皮损消退，停止用药1周（任何抗组胺药和糖皮质激素）后进行斑贴试验。④ 化妆品皮炎是由接触化妆品后所致的一种特殊类型接触性皮炎。随着生活水平提高，各种类型的化妆品日益增多，其带来的皮肤问题也不

容忽视。选用时应注意其品种、剂型、使用方法，尽可能选用性质柔和无刺激性的化妆品，对特殊化妆品可先进行小面积试用，在耳后或前臂内侧皮肤少量涂用，观察 48～72 小时，无反应再使用，必要时进行可疑化妆品的斑贴试验。

二、 湿疹

湿疹是由多种内外因素引起的一种具有明显渗出倾向的皮肤炎症反应，病因复杂，一般认为与变态反应有关。皮疹多样性，急性期以丘疱疹为主，有渗出倾向，慢性期则局限而有浸润和肥厚，瘙痒剧烈，易复发。

【诊断要点】根据病程和临床特点可分为急性、亚急性和慢性湿疹。

1. 急性湿疹　皮损多形性，表现为红斑、丘疹、丘疱疹，严重时可出现小水疱，常融合成片，境界不清，有明显渗出倾向。对称，严重时泛发全身，瘙痒剧烈。

2. 亚急性湿疹　皮损以丘疹、鳞屑和结痂为主，亦有轻度浸润，糜烂渗出减轻，仅有少数丘疱疹或小水疱，有剧烈瘙痒。

3. 慢性湿疹　表现为患部皮肤局限性斑块，浸润、肥厚、粗糙，不同程度的苔藓样变、色素沉着，边界较清楚。亦有明显瘙痒，常复发。

【鉴别诊断】主要根据病史、皮损特征及病程做出诊断，需要鉴别的是：① 急性湿疹应与接触性皮炎鉴别：接触性皮炎一般有明确的接触史，皮损主要发生于接触部位，皮损形态较单一，境界清楚，一般去除病因后较快痊愈，避免再次接触后不再复发。② 慢性湿疹应与神经性皮炎鉴别：神经性皮炎好发于颈、骶尾及四肢伸侧，呈现典型的苔藓样改变，无渗出表现。③ 手足部湿疹应与手足癣鉴别：手足癣可有水疱和干燥脱屑，皮损境界清楚，夏季加重，真菌镜检可查到菌丝。

【治疗要点】治疗原则：查明病因，对症处理。

1. 一般治疗　积极寻找可能的病因，避免易致敏和刺激性的食物；保持皮肤清洁，避免各种外界刺激，如热水洗烫、过度搔抓等。

2. 外用药治疗　应根据不同时期皮损的情况选用适当的剂型和药物。

（1）急性湿疹：无渗出时用炉甘石洗剂，渗出较少时用氧化锌油，渗出多者可用 3%硼酸溶液作湿敷，渗出减少后，瘙痒明显时加用糖皮质激素霜外用。

（2）亚急性湿疹：可选用糊剂和糖皮质激素乳剂、霜剂，如地塞米松霜和糠酸莫米松。为防止和控制继发性感染，可加用抗生素。

（3）慢性湿疹：一般选用糖皮质激素软膏、硬膏。顽固性局限性皮损可用糖皮质激素作皮损内注射。

3. 内用药治疗

(1) 抗组胺药物　是常用的一类药物，如氯雷他定 10 mg 口服，每日 1 次。瘙痒剧烈影响睡眠时也可加用镇静安定剂等。

(2) 非特异性脱敏疗法　对急性期有辅助治疗作用，常用 10%葡萄糖酸钙或 5%氯化钙溴化钠注射液，每日 1 次，每次 10 ml 静脉注射；也可同时应用维生素 C 2 g，静脉滴注，甘利欣每日 150 mg 静脉滴注。

(3) 糖皮质激素　可以很快控制症状，但停药易复发，一般不主张使用。仅用于急性重症湿疹的治疗，应根据病情选用剂量，常用泼尼松 20～40 mg 口服，每日 1 次，病情控制后逐渐减量。

(4) 有继发感染时，可短期使用抗生素。

(5) 泛发型湿疹可用雷公藤多甙 20 mg，每日 3 次。

【注意事项】① 湿疹是皮肤科的常见病、多发病，病因尚不清楚，易反复发作，与各种外因、内因相互作用有关，应注意避免各种可疑致病因素，发病期间应避免食用辛辣食物及饮酒，避免过度洗烫。② 外用糖皮质激素是治疗湿疹的最主要手段，治疗过程中要注意长时间、大面积外用糖皮质激素可能引起的不良反应，避免激素依赖性皮炎。用药要考虑患者性别、年龄和部位，对婴幼儿、儿童以及面部、乳房、外阴等相对薄嫩的部位，选择刺激性小的弱效的外用药。③ 临床中常见的特殊部位的湿疹——手部湿疹：手部接触外界各种刺激的机会较多，故发病率高，某些患者发病可能与职业、情绪等因素有关，应尽量避免接触肥皂、洗手液、洗洁精等化学成分。④ 慢性湿疹皮损大多肥厚浸润，角化明显，封包疗法可提高药物疗效。另外还可配合中药熏蒸等治疗。⑤ 部分湿疹患者瘙痒明显，尤其是老年患者夜间瘙痒影响睡眠时，可选择口服第一代抗组胺药物，如赛庚啶、酮替芬等，利用其镇静作用帮助入眠；另外服用抗组胺药一般应根据瘙痒发生的时间予以调整，例如晨起瘙痒较明显，则临睡前应给予稍大剂量或在早餐后服用 1 片开瑞坦，若瘙痒发生在晚间，则晚饭后给予稍大剂量或在入睡前服用 1 片西替利嗪，更有效地解除瘙痒。⑥ 局部免疫调节剂如他克莫司软膏作为非激素类抗炎药治疗湿疹有很好的效果，可减少糖皮质激素长期应用引起的不良反应，在治疗湿疹应用中越来越受到重视。

三、特应性皮炎

特应性皮炎，又称“特应性湿疹”或“异位性皮炎”，是一种与遗传过敏素质有关的特发性皮肤炎症性疾病。此外还表现有：① 易有患哮喘、过敏性鼻炎、湿疹的家族性倾向。② 对异种蛋白过敏。③ 血清中 IgE 高。④ 外周血嗜酸性粒细胞增多。

【诊断要点】目前国际上常用的特应性皮炎诊断标准为 Williams 1994 年制定的标准：必须具有皮肤瘙痒史加上以下标准中的 3 条或 3 条以上：① 2 岁以前发病；② 屈侧皮肤受累史（包括肘窝、腘窝、踝前或颈周，10 岁以下儿童包括颊部）；③ 全身皮肤干燥史；④ 个人史中有其他过敏性疾病或一级亲属中有过敏性疾病史；⑤ 屈侧可见湿疹样皮损。

【鉴别诊断】本病需与湿疹、婴儿脂溢性皮炎、慢性单纯性苔藓等进行鉴别。① 湿疹：家族中常无“特应性”病史，无一定好发部位。② 婴儿脂溢性皮炎：常发生于婴儿头皮、眉间及鼻唇沟、耳后，有灰黄色或棕黄色油腻状鳞屑，无过敏性家族史。要与本病婴儿期相鉴别。③ 慢性单纯性苔藓：皮损为多角形扁平丘疹伴苔藓化，无个人和家族遗传过敏史。要与本病青年及成人期鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据不同年龄、不同临床表现，进行针对性治疗。

1. 一般治疗　避免可能加重病情的外部刺激；部分患者与特殊食物过敏有关，需要限制饮食；注意日常生活中的污染；注意皮肤保湿滋润，避免过度洗擦，肥皂及清洁剂使用不当。

2. 局部应用糖皮质激素　糖皮质激素是控制病情、缓解症状的主要药物，应根据年龄和皮损状况适当选用，常用的有丁酸氢化可的松、糠酸莫米松等。

3. 非糖皮质激素的局部免疫调节剂　目前有两种非糖皮质激素的局部免疫调节剂（他克莫司和匹美克莫司软膏）在治疗特应性皮炎中取得较好疗效。可减少或不合并应用糖皮质激素外用制剂，此类药物不引起皮肤变薄，不发生皮肤萎缩。

4. 抗感染治疗　特应性皮炎患者皮肤屏障功能受损易受外界微生物感染，常需合并抗感染治疗（如莫匹罗星）。

5. 口服抗组胺药　可不同程度地缓解瘙痒，减少搔抓对皮损的激发作用。第二代抗组胺药不仅有抗组胺作用，还具有系统性抗过敏作用、抗炎作用。

6. 光疗　311 nm 窄谱中波紫外线治疗特应性皮炎是近年来开展的光疗方法之一，可减轻临床症状并增强糖皮质激素的作用效果。

【注意事项】

1. 特应性皮炎的病因与发病机制目前还不很清楚，一般认为可能是遗传因素与环境因素相互作用并通过免疫途径介导产生的结果，应以预防为主：尽量找到诱发、加重、迁延疾病的原因，避免食物、吸入物、接触物和感染微生物；母乳喂养的婴儿其母亲也应忌辛辣海鲜等食物。

2. 要注意糖皮质激素制剂的种类及浓度，一般首先给予中等强度的

制剂（慎用于面部、腋或腹股沟），随后用低强度的制剂维持，以免发生反跳现象。中等强度以上糖皮质激素长期应用易发生不良反应，如皮肤变薄、萎缩、毛细血管扩张及发生痤疮等。在面部及皱褶处易发生，故在这些部位通常用低强度糖皮质激素制剂。糖皮质激素副作用较多，用于婴儿、儿童时尤其要注意权衡利弊。

3. 治疗中还应注意保湿剂的常规应用，特应性皮炎普遍存在皮肤干燥及皮肤屏障功能降低，易受环境因素的刺激及抗原物质侵入。因此治疗时常规使用含有保湿剂的润肤膏，恢复皮肤的屏障功能。

4. 在特应性皮炎皮损上金黄色葡萄球菌定植增多，这些细菌可以促使皮损增剧，是皮损激发因素之一。金黄色葡萄球菌可产生多种超抗原，在特应性皮炎患者中可检测到特异性超抗原 IgE，超抗原可以诱导人单核细胞对糖皮质激素不敏感，因此多主张在糖皮质激素外用治疗时，合并应用抗感染的药物或含有抗菌药物的糖皮质激素复方制剂比单用糖皮质激素更有效。

四、荨麻疹

荨麻疹俗称“风疹块”，是由于皮肤、黏膜小血管扩张及渗透性增加而出现红斑、风团的一种局限性水肿反应，通常在 2～24 小时内消退，但反复发生新的皮疹。

【诊断要点】① 急性荨麻疹：突然发病，自觉皮肤瘙痒，出现形态、大小不一的风团，持续数分钟至数小时消退，一般不超过 24 小时。皮疹可反复发生，此起彼伏。病情严重者可伴有心慌、血压降低等过敏性休克样症状；胃肠道黏膜受累时可出现恶心、呕吐、腹痛和腹泻等；累及喉头、支气管时，出现呼吸困难甚至窒息；感染引起者可出现寒战、高热等全身中毒症状。② 慢性荨麻疹：皮损反复发作达每周至少两次并连续超过 6 周以上者称为慢性荨麻疹。风团时多时少，反复发生，常达数月或数年之久，全身症状较轻。③ 其他特殊类型荨麻疹：皮肤划痕症、寒冷性荨麻疹、胆碱能性荨麻疹、日光性荨麻疹、压力性荨麻疹等。

【鉴别诊断】根据发生及消退迅速的风团，消退后不留痕迹等临床特点，荨麻疹的诊断不难，临床上应与丘疹性荨麻疹、血管性水肿、荨麻疹性血管炎等进行鉴别；伴腹痛或腹泻者，应与急腹症及胃肠炎等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：去除病因，对症处理，防止复发为原则。如不能除去病因则应减少各种促进发病的因素。

1. 一般治疗　尽量找出病因并去除，避免各种诱发加重因素。

2. 内用药物治疗

（1）急性荨麻疹：降低血管通透性药物如 10%葡萄糖酸钙 10 ml 静

脉注射或维生素 C 0.2 g 口服，每日 3 次；抗组胺药物一般用一种或两种；糖皮质激素用于急性且严重症状者，如静脉滴注氢化可的松 100～200 mg 或地塞米松 5～10 mg；由感染引起者应使用抗生素控制感染。

(2) 慢性荨麻疹：以抗组胺药为主，一种抗组胺药无效时，可 2～3 种联用或交替使用；顽固性荨麻疹单用 H_1 受体拮抗剂疗效不佳者，可联用 H_2 受体拮抗剂如雷尼替丁，或加用稳定肥大细胞膜的药物如酮替芬、曲尼司特等联合应用。还可酌情选用雷公藤等口服。

(3) 特殊类型荨麻疹：治疗原则基本上同急性荨麻疹，但效果较差。在抗组胺药基础上，根据不同类型荨麻疹可联合使用不同药物。如皮肤划痕征可用酮替芬；寒冷性荨麻疹可用酮替芬、赛庚啶、多虑平等；胆碱能性荨麻疹可用酮替芬、阿托品；日光性荨麻疹可用氯喹；压力性荨麻疹可用羟嗪。

3. 外用药物治疗　炉甘石洗剂及有止痒作用的乳剂（如苯海拉明霜、氢化可的松霜等）。

【注意事项】① 荨麻疹的诊断不难，但多数患者的病因诊断较为困难，患者就诊时应详细询问病史、生活环境的变化等，尽量找出病因，去除发病因素为治疗根本。一般的荨麻疹无过敏性休克表现时治疗亦相对简单，对症处理，抗组胺药物可控制约 80%病例的症状。② 急性荨麻疹病情严重，伴有过敏性休克、喉头水肿及呼吸困难者，应立即抢救。方法为：0.1%肾上腺素 0.5～1 ml 皮下注射或肌内注射；地塞米松 5～10 mg 肌内注射或静脉注射，然后可将氢化可的松 200～400 mg 加入 5%～10%葡萄糖溶液 500～1 000 ml 内静脉滴注；上述处理后收缩压仍低于 80 mmHg 时，可给升压药，给予吸氧，支气管痉挛严重时可静脉注射 0.25 g 氨茶碱，喉头水肿呼吸受阻时可行气管切开。③ 慢性荨麻疹多病因不明，治疗以抗组胺药为主，给药时间应根据风团发生的时间进行调整；一种抗组胺药无效时，可采用 2～3 种不同类型抗组胺药联用或交替使用。为防止抗组胺药长期应用发生耐药性，在长期应用某一种药物过程中出现效果减弱时，可更换不同种类的药物。对慢性荨麻疹，控制病情后应逐步减量至停药，以维持缓解。④ 特殊类型或顽固性荨麻疹单用 H_1 受体拮抗剂疗效不佳者，可联用 H_2 受体拮抗剂、肥大细胞膜稳定剂、减少血管通透性药物的联合治疗方案，还可酌情选用氯喹、雷公藤等口服。⑤ 关于免疫抑制剂的使用问题：由于免疫抑制剂的副作用大，一般不推荐用于治疗荨麻疹，环孢素 A 可用于治疗自身免疫性慢性荨麻疹，其他如硫唑嘌呤、甲氨蝶呤亦可用于自身免疫性荨麻疹。

五、药疹

药疹亦称药物性皮炎，是药物通过注射、内服、吸入等各种途径进入

人体后引起皮肤、黏膜的炎症反应，严重者尚可累及机体其他系统。

【诊断要点】

1. 各型药疹的共同诊断要点　① 明确的服药史。② 服药后到发疹有一定的潜伏期。初次用药一般约需 4～20 天后才出现临床表现，已致敏者如再次用药，则数分钟至 24 小时之内即可发生。③ 皮疹突然发生，发展快。皮疹可呈多种类型，但对于某一患者而言常以一种为主。④ 严重者可伴不同程度的内脏损害、发热、关节痛、淋巴结肿大等全身症状。⑤ 停止使用致敏药物后皮疹可逐渐消退，糖皮质激素治疗常有效。

2. 药疹的临床表现复杂，不同药物可引起同种类型药疹，而同一种药物对不同患者或同一患者在不同时期也可出现不同的临床类型。临床中几种常见药疹类型的诊断要点如下：① 固定型药疹：好发于口唇、口周、龟头等皮肤-黏膜交界处，为圆形或类圆形、水肿性暗紫红色斑疹，常为单发，偶可多发。② 荨麻疹型药疹：皮损与急性荨麻疹相似，但持续时间长。可伴有血清病样症状。③ 发疹型药疹：是药疹中最常见的一型。散在或密集、红色、针头大小的斑疹或丘疹，皮疹似麻疹或猩红热。发病多突然，可伴发热等全身症状。④ 多形红斑型药疹：皮损与多形红斑相似，为豌豆至蚕豆大小、圆形或椭圆形水肿性红斑，中心呈紫红色，常出现水疱。累及口腔及外生殖器黏膜时可疼痛。⑤ 大疱性表皮松解型药疹：起病急骤，全身中毒症状较重。皮损初为鲜红色或紫红色斑片，迅速波及全身，出现水疱或大疱，尼氏征阳性，易形成糜烂。口腔、眼、呼吸道黏膜也可累及。⑥ 剥脱性皮炎型药疹：全身弥漫性潮红肿胀，而后大量鳞片状或落叶状脱屑。

3. 临床上将病情严重、死亡率较高的重症多形红斑型药疹、大疱性表皮松解型药疹及剥脱性皮炎型药疹称为重型药疹。此外药物还可以引起其他形态药疹如光敏皮炎型药疹、湿疹型药疹、紫癜型药疹、痤疮型药疹等称为轻型药疹。

【鉴别诊断】本病根据明确的服药史、潜伏期及各型药疹的典型临床皮损进行诊断，同时需排除具有类似皮损的其他皮肤病及发疹性传染病。

本病临床表现复杂，因此鉴别诊断也比较复杂。麻疹型或猩红热型药疹应与麻疹或猩红热进行鉴别；大疱性表皮松解型药疹应与葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征、获得性大疱性表皮松解症、天疱疮、大疱性类天疱疮进行鉴别；生殖器部位的固定型药疹出现破溃时，应与生殖器疱疹、硬下疳等进行鉴别；剥脱性皮炎型药疹应与其他原因引起的红皮病鉴别。

【治疗要点】治疗原则：立即停用一切可疑药物，多饮水或静脉输液促使体内药物排泄，再根据不同类型进行处理。

1. 轻型药疹　一般给予抗组胺剂、维生素 C 及钙剂，必要时给予中

等剂量泼尼松(30～60 mg/d),皮损消退后可逐渐减量直至停药。局部若以红斑、丘疹为主可外用炉甘石洗剂或糖皮质激素霜剂,以糜烂渗出为主可用0.1%利凡诺尔、3%硼酸溶液等湿敷。

2. 重型药疹　原则为及时抢救、积极预防并发症的发生,保护重要器官,加强支持、护理、对症治疗,降低死亡率。

(1) 早期足量使用糖皮质激素:一般可给氢化可的松300～400 mg/d静脉滴注,或用地塞米松10～20 mg/d,分2次静脉滴注,尽量在24小时内均衡给药;必要时采用大剂量糖皮质激素冲击疗法,甲泼尼龙每天250～500 mg,连用3日,冲击量后用泼尼松1～2 mg/kg,根据病情逐渐减量。

(2) 防止继发感染:如有感染存在,结合细菌学检查选用过敏反应发生较少的抗生素。

(3) 加强支持疗法:注意补液及维持电解质平衡,必要时行静脉营养。也可输新鲜血、血浆或白蛋白。

(4) 预防和治疗并发症:重症药疹常并发药物性肝炎、肝功能受损,加用保肝药物。常规应用胃黏膜保护剂和制酸剂,防治消化道出血。

(5) 静脉应用丙种球蛋白:一般每天20 g,连用3日。对于糖皮质激素治疗不理想或有严重并发症、合并症患者,大剂量静脉丙种球蛋白辅助治疗不失为一种理想的治疗方法。

(6) 加强护理:对皮损面积广、糜烂渗出重者应每天更换无菌被单。应用无刺激性、有保护、消炎作用的药物。

(7) 局部治疗:注意保护眼睛,定期冲洗,减少感染,防止上下眼睑的粘连。可用醋酸氢化可的松眼药水和4%硼酸眼膏或四环素可的松眼膏。有口腔糜烂者可用2%碳酸氢钠溶液漱口。

【注意事项】

1. 不同个体对药物反应的敏感性差异较大。同一个体在不同时期对药物的敏感性也可不相同。如患者服用两种以上的药物,准确判断致敏药物将更为困难,应根据患者过去的服药史、药疹史及此次用药与发病的关系等信息加以综合分析。有些患者认为中药安全不会有副作用,忽略了中药也可能引起药疹,另外一些保健品、减肥药也可能是潜在的致敏药物。

2. 对突然发生于治疗过程中的全身性、对称性分布的皮疹要有所警觉,耐心询问各种形式的用药史,特别要注意交叉过敏的药物过敏;另外在熟悉各种药疹类型的基础上,要注意排除有类似皮损的内科病、皮肤科疾病。一般药疹的颜色较类似皮损的皮肤病更鲜艳,瘙痒感更重于其他传染病。通常药疹在停用致敏药物后较快好转或消退,而传染病或其他

皮肤病则各有其一定的病程。

3. 药疹是临床用药过程中出现的问题，也视为医源性疾病，因此在临床用药过程中必须注意：① 掌握用药原则：根据适应证来选择药物，尽可能减少用药品种，杜绝滥用药物。② 询问过敏史：用药前应详细询问过敏史，避免使用过敏药物，化学结构相似的药物也应避免使用。③ 注意前驱症状：如突然出现瘙痒、红斑、胸闷、气喘、全身不适等表现，应立即停用一切可疑药物并密切观察，避免严重反应的发生。④ 规范操作：青霉素类、抗血清等在使用前严格遵守操作规程进行皮内试验。皮试前还应备好急救药物，以应急需。

4. 如果病人原有疾病较严重，停用原来应用的药物可能会影响病情，应该从病人具体情况出发，与相应科室医师共同商讨，权衡利弊，判断是否停药或换用相对安全并有相似药理作用的药物。

5. 大剂量静脉丙种球蛋白具有免疫调节作用，大剂量静脉丙种球蛋白与常规治疗配合使用治疗自身免疫性皮肤病、过敏性皮肤病等，作用迅速疗效显著。对常规疗法无效或有严重不良反应的患者辅以大剂量静脉丙种球蛋白治疗，可能是最佳选择，可减少糖皮质激素和免疫抑制剂用量，从而减少此类药物造成的并发症，降低死亡率。

六、 变应性皮肤血管炎

变应性皮肤血管炎是皮肤科最常见的血管炎，主要累及真皮浅层小血管及毛细血管的坏死性血管炎，皮损多形性，包括下肢斑丘疹、丘疹、紫癜、风团、结节或溃疡等。

【诊断要点】① 本病多累及中青年，女性多于男性，多为急性发作。② 皮损呈多形性，但以紫癜、结节、坏死和溃疡为主，亦可发生水疱、血疱、结节、坏死和溃疡。③ 好发于下肢和臀部，亦可见于上肢和躯干。自觉疼痛和烧灼感，溃疡愈合后留有萎缩性瘢痕。④ 可侵及黏膜，发生鼻出血、咯血、便血。部分患者有发热、头痛、乏力和关节酸痛等全身症状，少数患者有肾脏受累。⑤ 本病病程慢性，但常反复发作。⑥ 可有贫血、血沉加快、血小板减少等表现。肾脏受累者可有蛋白尿、血尿及管型。血清总补体可降低。⑦ 典型病理变化是白细胞碎裂性血管炎。⑧ 直接免疫荧光检查显示血管壁有免疫球蛋白（IgG 为主）和 C_3 沉积。

【鉴别诊断】应与过敏性紫癜鉴别，后者皮损形态较单一，主要为紫癜或有风团样皮损，可伴关节痛、胃肠症状和血尿、蛋白尿。其他需要鉴别的还有结节性多动脉炎、节段性透明性血管炎、硬红斑、白塞病、坏疽性脓皮病等。

【治疗要点】治疗原则：去除诱因，及时对症治疗。

1. 一般治疗　注意休息，适当的饮食，避免外伤和受凉。抬高患者，改善局部血液循环。寻找并去除明显诱因，去除慢性感染灶和停服可疑药物。

2. 药物治疗

（1）糖皮质激素：为首选治疗，激素剂量大小亦应根据患者的体重及病情而定，小剂量范围内即能较好地改善发热及关节痛，控制皮损发展，病情稳定后逐渐减量至维持量，一般可口服治疗，每日相当于泼尼松量20～40 mg；病情较重时可采用中、大剂量皮质类固醇。治疗过程中糖皮质激素应根据患者皮损情况逐渐减量。

（2）免疫抑制剂：病情进展迅速伴有严重系统受累时，应加用免疫抑制剂。常用的有环磷酰胺每日 2 mg/kg 口服或每月冲击治疗，甲氨蝶呤每周 5～20 mg。

（3）可选用氨苯砜　口服　每日 50～150 mg，作用机制可能是稳定溶酶体膜。

（4）对有感染者选用抗生素治疗。

（5）配合使用丹参、钙剂、维生素 C 及维生素 E 等。其他还可用潘生丁、阿司匹林、吲哚美辛、雷公藤多苷或沙利度胺等。

【注意事项】① 要证实临床诊断应选择适当病期的皮损活检。本病可分为皮肤型和系统型，前者仅表现为皮肤症状，后者常有明显的系统症状，但有时两者也不能截然分开。应了解是否有系统累及，指导治疗。② 寻找病因并去除病因，对慢性感染病灶尤其要仔细检查，除去病灶常可迅速减轻症状。恰当使用抗感染药物、非甾体类抗炎药。③ 血管炎性疾病，还应注意少站立，抬高患肢。④ 氨苯砜可引起白细胞减少、溶血性贫血、肝肾损害等，用药期间定期检查血常规及肝功能。治疗中使用免疫抑制剂后应注意骨髓抑制不良反应、肝肾毒性，注意定期检查肝肾功能、血象、骨髓象。

七、 结节性红斑

结节性红斑是急性发生于小腿伸侧真皮深层中小血管的炎症性疾病，基本皮损为红色结节和斑块，少数亦可发生于大腿、臀部及前臂，经3～6 周消退。

【诊断要点】① 多累及青年或中年女性，好发于春秋季节。发疹前和发疹时可有发热、喉痛、全身不适和关节疼痛等全身症状。② 双胫前对称发生疼痛性皮下结节，稍高出皮面，直径约 1 cm 大小，数目多，不破溃，触之有压痛，少数可发生于大腿及上臂。③ 皮损一般数周可自行消退，不破溃。④ 病情活动时血沉可增快，伴有结核感染者 PPD 呈强阳性反应，伴有链球菌感染时，抗“O”可增高。⑤ 组织病理主要为脂肪间隔脂膜炎。

【鉴别诊断】根据典型临床表现，结合组织病理可确诊。应与硬红斑

及变应性皮肤血管炎等进行鉴别：硬红斑亦好发于青年女性，多数有结核病史，常起病较缓，结节主要发生于小腿的屈侧，数目一般为 3～5 个，易破溃；变应性皮肤血管炎发病部位以下肢为主，皮损以紫癜、斑丘疹、结节、溃疡、坏死等多形性损害为特征。

【治疗要点】治疗原则：查明病因，对症治疗。

1. 一般治疗：本病病程自限，但可复发，治疗主要以对症治疗为主。急性发作期，卧床休息，抬高患肢。积极寻找和治疗病因，若有明显感染病灶，应积极控制感染。

2. 药物治疗

(1) 若有感染征象可选用抗生素治疗，如青霉素等。

(2) 非甾体类抗炎药可减轻局部炎症和减轻患者疼痛不适，如消炎痛 25 mg，每日 3 次，口服；或布洛芬 200 mg，每日 3 次，口服；或阿司匹林 0.6 g，每日 3～4 次，口服。

(3) 若疼痛剧烈、红肿明显的重症患者可加用糖皮质激素，如泼尼松 30 mg/d，症状缓解后逐渐减量至停药。

(4) 10%碘化钾溶液 10 ml，每日 3 次，连服 2～4 周亦有一定的疗效。

(5) 其他可选用羟氯喹、沙利度胺等药物。还可选用物理治疗及中医中药的方法。

【注意事项】① 结节性红斑病因未明，一般认为系细菌、病毒、真菌感染、结核或药物等所致的血管迟发性过敏反应，亦可见于某些免疫异常性疾病（如结节病、溃疡性结肠炎及白塞病等），因此结节性红斑可被视为一种综合征，或是一种对各种诱因的特异性反应。② 诊断结节性红斑仅仅依靠病史、临床表现及实验室检查往往不够，易于与其他以红斑结节损害为表现的皮肤病相混淆，最后的诊断还要结合病理检查结果。结节性红斑进行活检时，取材必须深达皮下组织才可能得到有诊断意义的结果。③ 寻找并积极治疗病因是治疗与防止结节性红斑复发的关键，如有链球菌等感染者应选用敏感抗生素。若为初次发病，并属于急性发作期者，可首先给予抗生素治疗；糖皮质激素不作为首选，若疼痛明显、病情较重则可加用糖皮质激素控制病情，但应严格掌握其使用的适应证和禁忌证。

（骆　丹　徐丽贤）

第四节　红斑鳞屑性皮肤病

一、银屑病

银屑病是一种常见的慢性复发性炎症性皮肤病。自然人群的发病率

为0.1%～3%，我国的发病率为0.123%，一般好发于青壮年。临床表现为红斑、丘疹、斑丘疹、斑块，表面覆有多层银白色鳞屑，严重时出现全身皮肤弥漫性潮红、肿胀、大量脱屑、起脓疱、高热及关节红肿、疼痛和畸形。临床上分为寻常型、脓疱型、关节病型、红皮病型四种类型。

【诊断要点】① 寻常型银屑病诊断依据：A. 好发部位：头皮、四肢伸侧、膝肘对称发生；B. 皮疹特点：银白色鳞屑、薄膜现象及点状出血；C. 特殊的病理改变，病程慢性，多为夏轻冬重，反复发作而易诊断。② 脓疱型银屑病诊断的主要特点是在寻常型银屑病基础上成批出现多数无菌性小脓疱，病情反复发作。③ 关节型常伴发于寻常型或脓疱型银屑病，关节病症状的轻重与皮损轻重平行。红皮病型全身皮肤弥漫潮红干燥，大量脱屑，有银屑病史。

【鉴别诊断】① 脂溢性皮炎皮损呈片状鳞屑红斑，鳞屑细小油腻呈黄色，刮除鳞屑无点状出血，皮损境界不清，毛发稀疏变细脱落，头发不成束状。② 二期梅毒疹有不洁性交及硬下疳史，皮疹广泛分布，掌跖有角化性脱屑斑丘疹，梅毒血清反应阳性。③ 慢性单纯性苔藓发生在四肢伸侧及腰骶部，肥厚性银屑病应与本病鉴别，后者瘙痒剧烈，皮损呈苔藓样病变，几乎无鳞屑。④ 类风湿性关节炎型银屑病应与本病鉴别，后者关节炎的症状呈对称性进行性加重，多侵犯近端小关节，类风湿因子阳性，无银屑病皮损及甲的改变。此外，尚应注意与玫瑰糠疹、连续性肢端皮炎、疱疹样脓疱病以及红皮病等相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：控制病情，延缓向全身发展的进程，减轻红斑、鳞屑、局部斑片增厚等症状，稳定病情，避免复发，尽量避免副作用，提高患者生活质量。治疗方案应强调正规、安全、个体化。

1. 外用药治疗

（1）糖皮质激素：治疗中应用最广，有明显疗效，常选用中效糖皮质激素如糠酸莫米松软膏、氯氟舒松乳膏，强效的氟轻松软膏，超强效的丙酸倍他米松、丙酸氯倍他索、双醋氟美松、丙酸卤倍他索霜剂或软膏。

（2）维A酸霜剂：常用浓度为0.025%～0.1%，可与超强效糖皮质激素制剂或紫外线(UV)疗法联合应用，注意高浓度可引起急性或亚急性皮炎及红斑瘙痒等副作用。0.05%～0.1%他扎罗汀凝胶是新一代制剂。

（3）维生素D_3衍生物：如钙泊三醇2次/日，连用6周为一疗程，每次治疗不宜超过体表面积的40%，不宜用于面部及皮肤皱褶处。

（4）角质促成剂：寻常型银屑病可用焦油制剂、5%～10%水杨酸软膏、0.1%～0.5%蒽林软膏，也可用可溶性煤焦油溶液沐浴，煤焦油洗剂洗头，煤焦油酯剂涂搽，副作用为可出现毛囊炎、痤疮、光毒性皮炎、接触性皮炎等。

（5）其他：如10%环孢素溶液、氟尿嘧啶制剂治疗银屑病病甲，0.1%～1%含氮酮的甲氨蝶呤治疗斑块型皮损，辣椒辣素乳剂、5%～10%硫磺软膏、10%～15%喜树碱酊、5%～10%水杨酸软膏或乙醇溶液治疗寻常型银屑病，15%～20%尿素软膏治疗掌跖脓疱型银屑病等。

2. 全身治疗

（1）免疫抑制剂

1）甲氨蝶呤：适用于红皮病型、脓疱型、关节病型银屑病用其他治疗效果不佳时，每周7.5 mg，即每12小时2.5 mg，连服3次，症状控制后，每周服2.5 mg巩固疗效；也可2.5 mg/次，1次/日，连服5日，休息2日再2.5 mg/次，1次/日，连服5日，停用7日；也可每周1次口服7.5～25 mg。

2）环孢素：3～12 mg/(kg·d)，饭前服，视病情连用数日至数周。

3）雷公藤总苷：10～20 mg/次，3次/日，也可用雷公藤片3～4片/次，3次/日。

（2）维生素制剂：维生素A口服适用于儿童点滴性银屑病。维生素D口服适用于脓疱型银屑病。

（3）维A酸类：常用依曲替酯及依曲替酸，适用于红皮病型、脓疱型银屑病，前者为0.75 mg/(kg·d)，1～2周后见效，1个月后可用25 mg/d维持，后者为50 mg/d，均需注意副作用。

（4）抗生素类：对于急性点滴型及寻常型进行期银屑病，伴有扁桃体炎及咽炎者，可用青霉素及红霉素，对泛发脓疱型银屑病可应用克林霉素。甲砜霉素、头孢类抗生素也可选用。

（5）糖皮质激素：寻常型银屑病不宜应用，仅在红皮病型、关节病型或泛发性脓疱型银屑病且伴发全身症状者可考虑短期应用。临床上与免疫抑制剂、维A酸类合用时可减少其用量，长期应用可产生一系列副作用，且停药后皮疹迅速复发，使治疗更困难，因此应权衡利弊，慎重使用。

（6）免疫调节治疗：本病细胞免疫功能偏低，可选用免疫调节剂，如转移因子、丙种免疫球蛋白、胸腺素等，以及疫苗疗法。

3. 物理疗法　① 补骨脂素长波紫外线疗法（PUVA）：适用于其他方法不能控制的顽固性银屑病，中青年以上，皮损范围＞30%体表面积者。② 光疗：主要为窄谱中波紫外线疗法。③ 浴疗。

【注意事项】① 向患者说明病情及基本知识，配合心理治疗，解除精神负担，尽量避免各种诱发因素。② 寻常型银屑病对身体健康危害不大，切不可盲目追求彻底治疗而采用可导致严重毒副作用的药物，如全身使用糖皮质激素、免疫抑制剂，反而使病情恶化，转化成脓疱型或红皮病型银屑病等。③ 对处于进行期的寻常型银屑并急性点滴状银屑并红皮病型银屑病及脓疱型银屑病应外用温和药物，禁用刺激性强的外用药

物。④ 针对不同病因、类型、病期给予相应治疗。如点滴性银屑病常因上呼吸道感染诱发，应给予抗生素治疗，必要时做扁桃体切除术；细胞免疫功能低下，白细胞计数低于正常者，给予提高细胞免疫功能及升高白细胞药物治疗；精神因素诱发者给予镇静剂治疗，同时配合心理治疗。⑤ 局限性银屑病损害，以局部外用药为主，皮损广泛严重时给予综合治疗。

二、 红皮病

红皮病是一种少见而严重的皮肤病，又名剥脱性皮炎。其特点是，全身或大面积皮肤有弥漫性红斑肿胀及脱屑。红皮病的典型表现是全身皮肤弥漫性的潮红、浸润、肿胀、脱屑，皮损受累面积达到整个皮肤的80%以上，但是红皮病不仅仅表现在皮肤，黏膜、皮肤附属器、淋巴结甚至内脏均有受累。

【诊断要点】① 全身80%以上皮肤发生弥漫性潮红、肿胀、渗液和皮肤浸润、增厚、反复大量脱屑，常伴有发热等全身症状。药物过敏引起者，起病急，红斑迅速扩展全身，可先表现麻疹样、猩红热样皮疹，以后发展成红皮病，伴有发热等全身症状显著。恶性肿瘤和其他疾病引起者，发病缓慢，瘙痒剧烈，病程数月乃至数年不等。② 红皮病可引起内脏损害，表现为淋巴结肿大、肝脾肿大、肾损害、脂肪痢以及水和电解质失衡等，严重时出现脏器功能障碍，甚则危及生命。③ 可有代谢紊乱，表现为低蛋白血症，不能保持恒定体温，可出现低体温状态，引起寒战、发热与低体温交替出现。

【鉴别诊断】根据全身皮肤潮红脱屑的临床特点，红皮病诊断不难。主要是寻找红皮病的病因。

【治疗要点】治疗原则：积极寻找病因进行适当治疗。

1. 一般治疗　如为药物引起者，需停用致敏或可疑药物；其他皮肤病变引起者，应对原发病进行有效治疗；同时加强护理，注意水电解质平衡，给予高蛋白及维生素饮食，补充B族维生素及大量维生素E。密切观察病情，防止感染，剧痒者可口服抗组胺药物。

2. 全身治疗

(1) 糖皮质激素：由药物引起的红皮病应及时使用糖皮质激素。一般情况下，可口服泼尼松，40～60 mg/d。病情发展急骤者可用地塞米松，10～20 mg/d，或用甲基泼尼松龙，80 mg/d，静脉滴注。伴有其他皮肤病或恶性肿瘤者可根据原发病及病情决定糖皮质激素的使用。

(2) 免疫抑制剂：主要用于经糖皮质激素治疗效果不佳者，或由银屑病等演变而来的红皮玻如甲氨蝶呤 2.5～5 mg/次，每 12 小时一次，连服

3 次，以后每周同样方法给药。

(3) 维 A 酸类：银屑病引起的红皮病可用维 A 酸类药物。

3. 局部治疗　原则是滋润皮肤，消炎止痒。宜选用温和制剂，禁用刺激性药物。

【注意事项】

1. 应找出红皮病病因，积极治疗原发病。红皮病可由多种因素引起：① 治疗不当：某些皮肤病由于处理不当或治疗不及时可演变或发展成红皮病，如银屑病、接触性皮炎、天疱疮、大疱性类天疱疮、特应性皮炎、脂溢性皮炎、湿疹、多形红斑、泛发性扁平苔藓等。也有些皮肤病病变开始即为全身潮红脱屑如先天性鱼鳞病样红皮病，艾滋病红皮病因其本身伴发的脂溢性皮炎、淋巴瘤引起。② 药物过敏是引起本病的一个重要原因，如磺胺类、青霉素、抗疟药、巴比妥类、水杨酸类、碘、砷等。③ 恶性肿瘤：约有 8%～20%的红皮病患者伴有恶性肿瘤，多数为伴发于淋巴单核-巨噬细胞系统的恶性肿瘤，如蕈样肉芽肿等。多数患者红皮病先发于恶性肿瘤，从发病到确诊可为数月到 20 年不等。④ 特发型：少数患者无确切病因，常为自身免疫性疾病。

2. 特发性红皮病和红皮病型银屑病是较常见的红皮病，病程可长达数月至数年，且易于复发，患者应正确认识到这一点，安心治疗疾病。

3. 饮食应易于消化且营养丰富，多食新鲜蔬菜水果、瘦肉、鸡蛋、纤维素含量高的食品，合理搭配饮食，提倡少食多餐。

4. 注意口腔、眼睛及会阴部的清洁。宜住单人房间，通风条件好，保持一定的温度和湿度。衬衣被单，常清洗并消毒。

三、 多形红斑

斑是一种出现多形性皮疹包括水肿性红斑、斑丘疹、丘疹、风团、水疱、大疱、糜烂并且以虹膜样损害为特征的急性皮肤黏膜炎症性疾病，易复发。根据皮损形态不同可将多形红斑分为红斑-丘疹型、水疱-大疱型及重症型。

【诊断要点】

1. 红斑-丘疹型：此型常见，好发于面颈部和四肢远端伸侧皮肤，其特征性皮损为虹膜状或靶形、圆形或椭圆形水肿性红斑，有时可互相融合，自觉微痒，全身症状不重，2～3 周后皮损逐渐消退，遗有色素沉着。本型容易复发。

2. 水疱-大疱型：通常由红斑-丘疹型发展而来，因渗出较多，在水肿性红斑基础上出现水疱、大疱甚至血疱，通常出现黏膜损害。

3. 重症型：又称为 Steven - Johnson 综合征。通常由药物所致，发病

急剧，皮损起初为水肿性淡红色斑疹、斑片、斑丘疹，可见靶形损害，损害迅速泛发于全身、变暗，在原皮损基础上出现水疱、大疱、血疱和糜烂、大量血浆渗出。同时眼部、口腔、外生殖器及肛周黏膜潮红、糜烂、出血和较多脓性分泌物。皮肤黏膜损害疼痛明显。全身症状明显，出现高热、血象改变和肝肾功能损害。

【鉴别诊断】① 冻疮多见于冬季，春季消退。好发于四肢末端及耳郭、面颊，无虹膜样改变，痒感明显，遇热尤甚。② 大疱性类天疱疮呈张力性表皮下大疱，好发于老年人，黏膜较少累及。病理示表皮下水疱，直接免疫荧光示基底膜带中 IgG 和 C$_3$呈线形沉积。③ 二期梅毒疹皮疹 0.5 cm 大小，圆形或椭圆形，铜红色，孤立散在，表面脱屑，梅毒血清学反应呈阳性。④ 红斑狼疮也可出现多形皮损，面部红斑呈蝶形，抗核抗体、ds－DNA、Sm 抗体等阳性。

【治疗要点】治疗原则：查明病因，对症治疗。

1. 一般治疗　应积极寻找病因，疑为药物引起者应停用一切可疑致敏药物。轻症患者多在数周内自愈，仅需对症处理。

2. 全身治疗　轻症者口服抗组胺制剂，或加用静脉注射 10%葡萄糖酸钙。水疱-大疱型及重症型应早期足量使用糖皮质激素，如泼尼松 60～80 mg/d 或相当量的氢化可的松、地塞米松口服或静脉滴注，原有水疱、大疱消退，体温恢复正常后逐渐递减，并改为口服给药，疗程达 2～4 周或更长。

3. 局部治疗　原则为消炎、收敛、止痒、预防感染。红斑-丘疹型可外用炉甘石洗剂或糖皮质激素霜剂。有水疱和渗出可用 3%硼酸液、0.1%雷佛奴尔液、0.02%呋喃西林液、1%～3%醋酸铝溶液、0.5%金霉素溶液、生理盐水等湿敷。大疱可用无菌注射器抽出疱液。

【注意事项】① 应积极追查病原，寻找病因，给予相应治疗，停用一切可疑致敏药物。② 有广泛水疱、糜烂、渗出严重者，应预防性应用抗生素，有感染者选用广谱抗生素。③ 对重症患者单用大剂量糖皮质激素仍不能控制者，可配合应用免疫抑制剂。④ 注意水电解质平衡、营养及其他并发症。进食困难者可静脉给予复方氨基酸、清蛋白，输新鲜血浆及全血等支持疗法。⑤ 对于重症患者在治疗时应注意加强护理，口腔外阴黏膜糜烂可用生理盐水、3%双氧水、复方硼砂溶液漱口、湿敷，外涂 1%地卡因甲紫液。眼部可外用糖皮质激素及抗生素眼药水。

四、 玫瑰糠疹

玫瑰糠疹是一种具有特征性皮损的炎症性自限性皮肤病。

【诊断要点】① 春秋季多见，好发于中青年，病程有自限性，较少复发，无明显自觉症状。② 皮损好发于躯干及四肢近端，皮损先有椭圆形母斑，玫瑰红色，后出继发疹，呈向心性分布，表面有糠状鳞屑，其长轴与皮纹走向一致。

【鉴别诊断】① 体癣：皮疹呈圆形，边缘有丘疹水疱，渐向外扩大，中心炎症较轻，鳞屑中可查见真菌的菌丝及孢子。② 二期梅毒疹：皮疹呈铜红色或暗红色，泛发分布，手掌及足跖部有孤立角化性圆形脱屑性斑丘疹，有不洁性交史，生殖器硬下疳史。梅毒血清反应呈阳性。③ 银屑病：好发于四肢伸侧、头皮及骶尾部，红斑上鳞屑较厚，而刮除有薄膜现象及点状出血，病程较长。④ 药疹：有服药史，发病急骤，无母斑，瘙痒显著，皮疹色鲜红，多形态。病程短，经治疗易于消退。

【治疗要点】治疗原则：本病有自限性，以对症治疗为主。

1. 内服抗组胺药物及维生素 B、C 等，或 10%硫代硫酸钠或 10%葡萄糖酸钙 10 ml 缓慢静脉推注，1 次/日，10 日一疗程。重症及病程长者可考虑口服泼尼松 30～60 mg/d。

2. 外用 1%冰片炉甘石洗剂、5%硫磺洗剂、白色洗剂、糖皮质激素霜剂，顽固不愈者可酌用 5%黑豆馏油与糖皮质激素的复合制剂。

3. 物理治疗可选用矿泉浴、中波紫外线照射、氦-氖激光照射、二氧化碳激光扩散光束照射。

【注意事项】① 嘱患者预防上呼吸道感染，保持心情舒畅。② 避免饮酒及食用辛辣刺激食物，局部避免搔抓、热水洗烫。③ 一般不主张应用糖皮质激素类软膏，禁用强烈刺激外用药物。④ 本病皮损一般界限清楚，上覆少量鳞屑，临床中尤其要注意与二期梅毒以及真菌感染性皮肤病鉴别。

五、白色糠疹

白色糠疹又名单纯糠疹，俗称“桃花癣”，好发于儿童及少年的面部，以干燥糠状鳞屑性减色斑为特征的一种常见病。

【诊断要点】① 好发于儿童及少年，多发于春季，也可见于夏初及冬季。② 皮损为少数孤立的圆形或椭圆形苍白色斑，境界清楚，渐扩大增多，表面干燥，多有少量细碎灰白色鳞屑，有黏着性，基底炎症轻微，有时皮损融合呈不规则形。③ 好发于颜面，尤以面颊部、额部多见，偶见于颈部、四肢及躯干。④ 本病病程较长，一般无自觉症状，预后好，数月至一年余可自行消退，仅遗留轻度色素减退斑，春季多见，也可见于夏初及冬季。

【鉴别诊断】注意与白癜风、花斑癣鉴别。

【治疗要点】治疗原则：以外用药为主

1. 外用药可选用硅油霜，5%硫磺霜、1%金霉素软膏、2%～3%水杨酸软膏、5%尿素软膏、糖皮质激素霜剂，保持皮肤滋润。

2. 可内服B族维生素。

【注意事项】① 保持面部清洁，勿用碱性过强肥皂洗浴。② 注意体内微量元素的摄补。③ 嘱患者应多吃蔬菜、水果以摄足维生素，并忌食辣椒、生葱、生蒜。在发病季节保持脸部皮肤的清洁卫生，坚持每天洗脸后适当涂些护肤油脂以保护皮肤。

六、 扁平苔藓

扁平苔藓是一种原因复杂、发生在皮肤及黏膜上的慢性炎症性皮肤病。

【诊断要点】① 典型损害为紫红或紫蓝色多角形扁平丘疹，界清，表面干燥，有蜡样光泽，可见Wickham纹。② 多见于成年人，好发于四肢屈侧，也可累及黏膜，自觉瘙痒，病程较长。③ 组织病理有特征性改变：表现为表皮角化过度，颗粒层楔形增生，棘层不规则肥厚，表皮突呈锯齿状，基底细胞液化变性，真皮上部有以淋巴细胞为主的致密带状浸润，真皮乳头层可见红染的胶样小体及噬黑素细胞。

【鉴别诊断】① 原发性皮肤淀粉样变常见于小腿伸侧，绿豆大小圆顶丘疹，质硬，密集成群不融合。② 银屑病红斑覆以易刮除的鳞屑，有薄膜现象及点状出血。③ 黏膜白斑形状不一的白色斑片，早期光滑，久之可角化，粗糙不平，可累及上腭、颊部、舌。④ 其他还需与慢性盘状红斑狼疮、口腔天疱疮、二期梅毒黏膜白斑、口腔念珠菌及扁平苔藓样药疹等疾病鉴别。

【治疗要点】治疗原则：检查免疫功能，及时进行糖皮质激素及免疫治疗。

1. 一般治疗　生活应规律，口腔黏膜受累者应避免烟酒及刺激性食物，光线性扁平苔藓注意使用避光剂，药物引起者禁用诱发本病的药物，积极治疗慢性病灶，避免搔抓及热水、肥皂刺激。

2. 全身治疗

(1) 糖皮质激素适用泛发及重症者，如泼尼松40～60 mg/d，皮损变淡，痒感减轻可逐渐减量，疗程约6周。

(2) 抗组胺制剂及镇静剂适用于剧烈瘙痒者。

(3) 口服氯喹0.5 g/d，两周后改为0.25 g/d，也可口服羟氯喹0.2 g/d。

(4) 维A酸制剂如依曲替酯75 mg/d，口服4～5月，依曲替酸20～

50 mg/d，口服 2～3 月。

(5) 免疫抑制剂适用于糖皮质激素治疗不敏感或难治病例。

(6) 免疫调节剂如胸腺肽 10 mg/次肌内注射，2～3 次/周；聚肌胞 2 mg/次肌内注射，隔日 1 次；左旋咪唑 50 mg/次，3 次/日，每周连服 3 日；转移因子 100 万 U/d 肌内注射。

3. 外用治疗原则为止痒消炎。可外用糖皮质激素霜剂，或选用 0.05%～0.1%维 A 酸制剂、5%～10%煤焦油制剂、5%水杨酸制剂。局部肥厚者可外用 10%～20%水杨酸火棉胶外涂。口腔损害可用双氧水或复方硼酸溶液、金霉素或四环素液漱口。少数孤立难治皮损可采用封闭疗法。

4. 物理疗法、光化学疗法(PUVA)、液氮冷冻、氩离子激光、二氧化碳激光、浅层 X 线治疗、放射性核素 32 磷、90 锶均有效。

【注意事项】① 扁平苔藓预后一般良好。可呈持续反复发作过程，病损可长期稳定于某个病变阶段，亦可逐渐自行缓解或起伏波动，甚至扩大蔓延加重。② 他克莫司软膏对此病有效，但副作用较多。适宜短期应用，如长期应用需间歇用药。③ 虽然很多学者对扁平苔藓为癌前损害的结论尚有异议，多数学者意见是扁平苔藓大多处于良性过程，但是应对长期糜烂、溃疡、斑块型扁平苔藓进行追踪，及早发现扁平苔藓癌变迹象，必要时进行活检或手术切除。

（骆　丹　周炳荣）

第五节　皮肤附属器及色素类疾病

一、痤疮

痤疮是一种青春期常见的毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病。是皮肤科门诊重要疾病谱之一，也是青少年最常见的皮肤疾患，早期干预可减少其所致色沉、瘢痕等后遗症。

【诊断要点】

1. 多见于 15～30 岁青年男女，好发于面颊、额部、颏部，其次是背部和上胸部。

2. 寻常痤疮最常见，皮损初为毛囊角化、皮脂腺堵塞所致的白头粉刺、黑头粉刺；合并感染时出现炎性丘疹、脓疱；炎症继续发展，出现结节、囊肿、窦道及瘢痕。多种皮损可同时出现在同一患者身上，常以其中某一型损害为主，根据痤疮皮损性质及严重程度可将寻常痤疮分为 3 度、4 级：

表 10-5-1　痤疮临床分级

分　级	分　度	临床表现
1级	轻　度	主要为粉刺，皮损数少于 30 个
2级	中　度	有粉刺，大量炎性丘疹和脓疱，皮损数 31～50 个
3级	中　度	有粉刺，大量炎性丘疹和脓疱，皮损数 51～100 个
4级	重　度	有粉刺、炎性丘疹及脓疱，结节、囊肿 3 个以上

3. 特殊类型的痤疮：① 聚合性痤疮：为严重病型，好发于青年男性，皮损好发背、臀、颊部，损害以囊肿和结节为主，可见特征性的双黑头、多黑头粉刺。② 暴发性痤疮：多见于青少年男性，突然发病，皮损以胸背部为主，多为毛囊性炎症丘疹、脓疱、炎症反应剧烈，结节与囊肿性损害少见，局部疼痛明显，常伴发热、关节痛、疲乏、肌肉痛、头痛等。

【鉴别诊断】① 酒渣鼻：好发于中年人，面中央以鼻尖、两颊为主，阵发性潮红，伴毛细血管扩张。② 面部播散性粟粒性狼疮：好发于眼睑、颊部，为粟粒至豌豆大半透明红褐色小结节，触之柔软，玻片压诊可见淡黄色或褐黄色半透明小斑点。③ 职业性痤疮：接触矿油、含氯化合物，好发于颧部、耳后和生殖器，特点是无粉刺。

【治疗要点】治疗原则：根据病情采取相应治疗。

1. 一般处理　每天清洁面部；少食多糖、多脂及辛辣刺激食物，避免饮酒，宜多饮水，多吃新鲜蔬菜与水果；忌用油脂类、粉类护肤美容化妆品及含有糖皮质激素成分的软膏及霜剂；忌用手挤压、搔抓粉刺。

2. 局部治疗

（1）以去角化、杀菌消炎为目的，可用 0.025%～0.1%维甲酸霜或凝胶，或 13-顺维 A 酸凝胶，或 0.1%阿达帕林凝胶，外用，每晚 1 次。

（2）杀灭痤疮丙酸杆菌，溶解粉刺，可用 5%过氧化苯甲酸凝胶或 1%克林霉素凝胶外用，每日 2 次。

3. 系统治疗

（1）口服抗生素是治疗中、重度痤疮的有效方法之一。首选四环素类，其次大环内酯类：四环素 250 mg，口服，每日 4 次；或美满霉素50 mg，口服，每日 2 次；或罗红霉素 150 mg，口服，每日 2 次。

（2）口服异维 A 酸是治疗严重痤疮的标准方法，也是目前治疗痤疮最有效的方法。维胺酯胶囊 50 mg，口服，每日 3 次或异维 A 酸胶囊 0.25～0.5 mg/(kg·d)，以最小累积剂量 60 mg/kg 为目标。

（3）女性中、重度痤疮，伴雄激素水平过高，可予抗雄激素治疗。复方醋酸环丙孕酮片，月经周期第 1 天始，连用 21 天，停 7 天，疗程 3～4 个

月或螺内酯 1～2 mg/(kg·d)，疗程 3～6 个月。

(4) 口服糖皮质激素主要用于暴发性痤疮或聚合性痤疮。泼尼松片 20～30 mg/d 口服持续 2～6 周，逐渐减量。

4. 物理疗法　对于不能耐受药物治疗或不愿接受药物治疗的患者，可予物理治疗，包括光动力疗法(红、蓝光)每周 1～2 次，4～8 次为 1 疗程；或果酸(20%～70%羟基乙酸)疗法 2～4 周 1 次，4 次为 1 疗程；或激光疗法治疗瘢痕(1 450 nm 激光、IPL、脉冲染料激光、点阵激光)。

5. 其他治疗　包括粉刺挑除、中药倒模；结节和(或)囊肿内糖皮质激素注射；囊肿切开引流等。

6. 痤疮分级是痤疮治疗及疗效评价的重要依据，结合患者的实际情况，给予个体化的治疗方案。

1 级：一般采用局部治疗。如仅有粉刺，外用维 A 酸类制剂是最佳的选择。

2 级：通常 1 级痤疮治疗方案，局部抗炎，局部治疗效果不佳时加用口服抗生素。联合治疗方案：口服抗生素＋外用维 A 酸类制剂，或联合蓝光、光动力、果酸疗法等物理疗法。

3 级：联合治疗方案：口服抗生素＋外用维 A 酸类制剂＋外用过氧化苯甲酸，或口服异维 A 酸＋外用过氧化苯甲酸，或口服抗生素联合蓝光、光动力、果酸疗法等物理疗法。

4 级：3 级痤疮治疗方案，后改口服异维 A 酸。

【注意事项】① 治疗的主要目的在于控制疾病的严重性及防止瘢痕的产生，真正意义上的治愈并不多见。在急性期痤疮症状控制的情况下，维持治疗防止复发很重要，局部外用维 A 酸制剂是维持治疗的主要方法，当伴有炎症性损害时，可考虑联合应用过氧化苯甲酰。② 系统使用维 A 酸前，应向患者说明维 A 酸可能引起的不良反应，特别是致畸作用。少数患者使用维 A 酸后会产生抑郁症状。有抑郁症病史或有家族史的患者需慎用。

二、 脂溢性皮炎

脂溢性皮炎是发生在皮脂溢出部位的慢性浅表性炎症性皮肤病，特征是皮脂溢出部位出现褐色或淡黄红色斑片，边界清楚，上有油腻性鳞屑或结痂。常有家族史，病变呈慢性经过，可反复发作。

【诊断要点】① 青春期开始发病，20～40 岁最重，男性好发。② 好发于皮脂分泌旺盛的部位，如头皮、面部、胸背部。③ 头皮脂溢性皮炎：临床最常见，可分为二型：A. 干性脂溢性皮炎：头皮干燥，头发细软、无光泽，头皮出现弥漫性、灰白色略带油腻的糠秕状鳞屑，无明显炎症，

有瘙痒;B. 油性脂溢性皮炎:头皮油腻,见黄红色油腻性鳞屑性斑片,黏附于油腻头发上,头皮瘙痒明显。④ 面部、躯干部:面部以前额、眶上、眼睑、鼻唇沟多见,躯干部好发于胸前和肩胛骨间,表现为黄红色油腻性鳞屑性斑片,可有红褐色毛囊性丘疹,上覆油腻鳞屑,常伴瘙痒。⑤ 皱褶部位:常见于腋下、腹股沟、乳下和脐部,多见于肥胖的中年人,皮损表现为境界清楚的红斑,上有油腻性鳞屑。⑥ 婴儿脂溢性皮炎:出生后 2～10 周发病,好发于头皮、耳、眉、鼻唇沟及皱褶等处,临床多见。表现为境界清楚红斑,上覆油腻性鳞屑、黄痂,常在 3 周到 2 个月内痊愈。

【鉴别诊断】① 头皮银屑病:头皮鳞屑性丘疹、斑块,严重者可有束状发,四肢皮肤、外耳廓、发际边缘有典型银屑病皮损。② 酒渣鼻:是以鼻尖为中心的慢性炎症性皮肤病,鼻尖皮损最重,可见毛细血管扩张和脓疱形成。③ 湿疹:皮损呈多形性,对称分布,表面常渗液,瘙痒剧烈。

【治疗要点】治疗原则:溶脂、消炎、抗角化。

1. 局部治疗　以去脂、角质剥脱、消炎止痒为主。

(1) 去脂、抗马拉色菌:2%酮康唑洗剂或二硫化硒洗剂外用,每日 1 次。

(2) 消炎止痒:复方咪康唑霜外用于头皮、躯干;面部可短期使用丁酸氢化可的松软膏;顽固性皮损可外用吡美莫司软膏。

(3) 角质剥脱:5%硫磺软膏外用。

2. 系统治疗

(1) 控制油脂分泌,抗角化:维生素 B_6 10 mg,口服,每日 3 次;维胺酯 25～50 mg,口服,每日 3 次。

(2) 抗马拉色菌:伊曲康唑　0.1 g,口服,每日 2 次,适用于潮红明显,炎症显著,外用药效果不佳者。

【注意事项】① 保持生活规律;限制多脂、多糖饮食,忌饮酒和辛辣刺激性食物,多吃新鲜蔬菜及富含维生素 B 的水果食物。② 脂溢性皮炎在患有神经系统疾病如帕金森病及 HIV 感染患者中比较常见。脂溢性皮炎可在 HIV 症状出现前 2 年就出现,对于临床表现较严重,治疗效果差,皮损顽固存在的患者,需排除 HIV 感染。

三、 酒渣鼻

酒渣鼻又称“玫瑰痤疮”,是一种发生在颜面中央的慢性炎症性皮肤病,特征是皮肤潮红、毛细血管扩张、丘疹、脓疱及皮脂腺增生肥大,多见于中年人。

【诊断要点】

1. 发病年龄多在30～50岁，女性较多。

2. 临床可分为三期，但各期之间无明显界限，缓慢演变。① 红斑期：面中部出现对称性红斑，常因刺激饮食、外界温度升高及精神兴奋时加重，红斑初为暂时性，以后变为持久性充血性红斑和浅表的毛细血管扩张，自觉灼热。持续数月至数年。② 丘疹脓疱期：在红斑基础上出现成批针头至绿豆大小的水肿性毛囊丘疹、脓疱或小结节，以鼻部为中心此起彼伏，毛细血管扩张更为明显，鼻部、面颊部的毛囊口扩大。③ 鼻赘期：病程晚期，鼻部皮脂腺及结缔组织增生导致鼻尖肥大，形成大小不等的紫红色柔软结节状隆起(鼻赘)，表面凹凸不平，毛细血管扩张更明显，毛囊口更大。常见于40岁后的男性。

【鉴别诊断】本病需与寻常性痤疮、脂溢性皮炎、激素依赖性皮炎等相鉴别。痤疮多见于青少年，可见粉刺，无毛细血管扩张；脂溢性皮炎为红斑基础上油腻性鳞屑，一般不累及鼻尖；面部长期外用含氟糖皮质激素也可造成毛细血管扩张，根据病史、潮红充血斑较稳定、无阵发性加重等特点可鉴别。

【治疗要点】治疗原则：早期治疗，避免进一步发展。

1. 避免饮酒、辛辣刺激和过热饮食，避免暴晒或温度过冷、过热，纠正胃肠功能，保持生活规律，劳逸结合。

2. 局部治疗　可用1%甲硝唑凝胶或5%硫磺软膏2.5%～10%过氧化苯甲酰凝胶。

3. 系统治疗　甲硝唑200 mg，口服，每日3次，6周为1疗程；或替硝唑500 mg，口服，每日3次；或罗红霉素150 mg，口服，每日2次。

4. 物理疗法　对鼻赘可用冷冻、激光等治疗，也可考虑皮肤磨削术。多功能电离子治疗仪及脉冲染料激光治疗毛细血管扩张。

5. 手术疗法　对鼻赘期可行切割术和整形术。

【注意事项】本病多发于女性，但严重病例多见于中年男性。由于后期可形成不可逆的鼻赘，影响美观，宜早期积极治疗。

四、斑秃

斑秃是一种突然发生的局限性斑片状脱发，通常发生在头皮、胡须、眉毛、睫毛等处。头发全部脱落称全秃，全身毛发均脱落称普秃。

【诊断要点】① 本病可发生于任何年龄，但以青壮年多见，无自觉症状。② 为突然发生的大小不一、数目不等、境界清楚的毛发完全脱失区，脱发区头皮光滑，无炎症、鳞屑和瘢痕。③ 如脱发区边缘头发松动容易拔出，即轻拉试验阳性，提示斑秃仍在进展期，脱发范围将进一步扩大；拔

出的毛发在显微镜下观察可见毛干近端萎缩，呈上粗下细的"惊叹号"样。④ 可伴指甲损害：指甲出现横向或纵向的线性凹点，大小一致，多见于发病时间长，累及范围广的病例。

【鉴别诊断】本病应与头癣、假性斑秃、梅毒性秃发等相鉴别。头癣可见断发、菌鞘，真菌学检查阳性；假性斑秃是一种炎症性瘢痕性脱发，常继发于头皮红斑狼疮、扁平苔藓等病，头发不可再生；梅毒性秃发表现为长短不一的断发，呈虫噬状，血清学试验阳性。

【治疗要点】治疗原则：消除诱因，局部治疗结合全身治疗。

1. 一般处理　规律作息，解除患者精神负担。消除发病诱因。

2. 局部治疗　适用于小片损害。

(1) 刺激毛发再生：5%～10%斑蝥酊外用，每日 2 次，有绒毛长出即停用。

(2) 促进毛发生长：2%～5%米诺地尔酊剂外用，每日 2 次；或曲安西龙皮损内注射。

3. 系统治疗　面积较大的进展期脱发或局部用药效果不佳的患者可予中小剂量泼尼松口服，数周后逐渐减量并维持数月；胱氨酸、泛酸钙、维生素 B_6、活血化瘀中药等有助于生发；精神紧张、焦虑、失眠患者可给予谷维素。

【注意事项】① 青春期后发病者有自行恢复的趋势。多数患者发病 3～4 个月后进入恢复期，局部有毛发长出，最初为细软色浅的绒毛，逐渐由粗壮、黑色的头发所取代。② 儿童期发病，脱发范围广，匐行性脱发，病程超过 5 年和并发甲营养不良者，预后较差。

五、 雄激素源性脱发

雄激素源性脱发，是一种常见的雄激素诱导的进行性疾病，以一定图形的脱发为特征。受遗传和雄激素双重因素影响。可分为男性型脱发和女性型脱发。

【诊断要点】① 男性型脱发：初发于 20～30 岁男性，常有家族史。脱发始于额颞部发际后移，前额抬高，呈 V 字形秃发；顶部头发逐渐稀疏至完全脱落，并向前扩展；前后秃发区最后融合成片，仅留枕和两颞部少量头发，形成特征性桶盖样外观。② 女性型脱发：多见于女性，表现为头顶部弥漫性脱发，额颞部很少累及。病程较长，顶部头发逐渐稀疏，但不会出现顶部全秃。

【鉴别诊断】应与其他原因引起的脱发，如营养不良、药物、内分泌疾病以及缺铁性贫血等引起的脱发相区别。

【治疗要点】治疗原则：根据病情局部结合系统治疗，必要时采取手

术治疗。

1. 局部治疗　促进毛发生长，可用2%～5%米诺地尔溶液外用；头皮去油脂可用2%酮康唑洗剂或2%硫化硒洗剂洗头，每周2次。

2. 系统治疗　抗雄激素，可用非那雄胺片1 mg，口服，每日1次；或螺内酯50～200 mg/d，口服；或环丙孕酮100 mg，口服，每日1次。

3. 手术治疗　行毛发移植术。

4. 推荐处方　男性型脱发：轻中度患者，2%～5%米诺地尔液外用或/和非那雄胺片1 mg/d口服；女性型脱发：早期首先2%米诺地尔外用，1年后仍无毛发再生或病情仍活动，予螺内酯或环丙孕酮口服。

【注意事项】5%米诺地尔可能引起面与四肢的多毛，不推荐女性使用。非那雄胺在动物试验中有致畸作用，不宜用于儿童和育龄妇女。

六、多汗症

皮肤出汗异常过多称之为多汗症，是由小汗腺分泌汗液过多所致，诱发因素很多。可分为局限型多汗症和泛发多汗症。

【诊断要点】① 局限型多汗症：常初发于儿童或青春期，可有家族史，持续多年，25岁以后自然减轻。常见于掌跖和摩擦部，如腋下、腹股沟、会阴部，其次为前额、鼻尖和胸部。掌跖多汗最为常见，可呈持续性或短暂性，由情绪波动造成，无季节差异，汗液可呈点滴状。② 泛发多汗症：表现为全身广泛性出汗，可由情绪紧张、发热性疾病和激素水平紊乱等诱发，中枢神经系统或周围神经等损害也可造成全身多汗。

【鉴别诊断】正常人在体力劳动后，在热天高温环境下出汗均为正常生理现象，不称为多汗症。

【治疗要点】治疗原则：针对病因，对症处理为主。

1. 一般处理　局限型多汗症者应注意皮肤清洁，摩擦部位外用扑粉保持干燥，足部多汗者勤换袜子、穿透气的鞋。泛发多汗症患者应避免精神紧张或情绪激动，治疗潜在的全身性疾病。

2. 药物治疗

(1) 局限型多汗症可用0.5%醋酸铝溶液或5%鞣酸溶液或5%明矾溶液浸泡15～20分钟；或3%～5%甲醛溶液或20%氯化铝乙醇溶液外搽。

(2) 情绪性多汗症内用镇静药物如溴剂、氯丙嗪、谷维素等常有效。

(3) 内服抗胆碱能药物如阿托品、普鲁苯辛等有暂时性效果，需注意口干、便秘、视力模糊等不良反应。

(4) A型肉毒毒素可用于局部治疗失败患者。

3. 物理治疗　手足多汗严重者可使用浅层X线照射。

4. 手术治疗　严重的掌跖多汗症，当所有其他疗法均无效时，可考虑进行胸廓上部交感神经切除术。

【注意事项】应注意排除潜在的系统性疾病、肿瘤、药物等，高龄患者出现半身多汗者，应警惕中风可能。

七、臭汗症

汗腺分泌液具有特殊臭味称为臭汗症，主要发生在腋窝。与种族、遗传、个人卫生习惯、皮肤表面细菌对汗液的分解以及进食某些食物、药物等因素有关。

【诊断要点】① 多见于青春期，夏季严重。② 好发于腋下、足底、趾缝和会阴部，其次是腹股沟、肛周、脐窝和妇女的乳房下。③ 汗液增多，臭味加重。④ 腋部臭汗症又称"腋臭"，表现为腋窝部发出特殊的刺鼻臭味，可同时伴有色汗，多见于年轻女性，常有家族史。⑤ 足部臭汗症表现为足底和脚趾间有臭味，常与足部多汗症伴发，严重者足跖浸渍角化。

【鉴别诊断】需与多汗症相鉴别，后者小汗腺分泌过多，汗液呈点滴状，澄清无色，不伴臭味。

【治疗要点】治疗原则：对症处理为主。

1. 一般处理　应注意清洁卫生，经常洗澡，勤换衣袜，保持皮肤干燥与清洁。腋臭患者剃去腋毛以减少局部寄生细菌。

2. 药物治疗　臭汗症常在多汗症基础上发病，同时治疗多汗很重要，外用具有收敛、止汗、消毒、杀菌作用的药物；足和趾缝发臭可用1∶5 000高锰酸钾溶液浸泡，每天30分钟；腋臭可用腋臭粉(枯矾30 g、蛤蜊壳粉15 g、樟脑15 g共研细末，外扑患处，每天2次)。

3. 物理治疗　液氮冷冻破坏腋下皮肤毛囊和大汗腺，可分期、分侧治疗；高频电针或CO_2脉冲激光烧灼破坏顶泌汗腺及其导管，使腋毛孔凝固阻塞汗不能出而除臭。浅层X线照射局部，每次150伦琴，2周1次，共10次。

4. 局部注射疗法　局部注射无水酒精至大汗腺分布处。

5. 手术治疗　病情严重的患者可进行全切术、部分切除加剥离术或剥离术。

【注意事项】有部分自称有腋臭的患者实际上腋窝并无特殊的臭味，这类主诉代表一种妄想、偏执、恐惧症或中枢神经系统损害。

(骆　丹　高　洁)

第六节　色素类皮肤病

一、白癜风

白癜风是一种常见的以皮肤黏膜色素脱失为特征的疾病。目前病因不明，有家族遗传性，可能并发其他自身免疫病。影响美容，易诊而难治。

【诊断要点】① 多见于青年人，男女发病无显著差异。② 可发生于身体任何部位，好发于易受摩擦及日晒暴露部位、间擦部位，如手指背侧、腕、前臂、面颈、生殖器及其周围。③ 皮损为大小不等、数目不定、形态各异的色素脱失斑，境界清楚。④ 按皮疹形态分二类：A. 完全性白斑：白斑为纯白或瓷白色，中央无色素再生，白斑组织内黑素细胞消失或功能完全丧失；B. 不完全性白斑：白斑脱色不完全，白斑中见色素岛，白斑组织内黑素细胞数目减少或功能损伤。⑤ 按进展情况分二期：A. 进展期：白斑增多，原有白斑向正常皮肤移行、扩大，边缘呈锯齿状，模糊不清，易发同形反应；B. 稳定期：白斑停止发展，边界清楚，边缘色素增加，无新发白斑。⑥ 组织病理：基底层黑色细胞、黑素颗粒均减少或缺失。⑦ 按皮疹分布分二型：寻常型：A. 局限性，单发或多片白斑，局限于某一部位；B. 散在性，散在、多发白斑，常对称分布；C. 泛发性，白斑多发，相互融合成不规则大片；D. 肢端性。节段型：白斑沿某一皮神经节段支配的皮肤区域走向分布，一般为单侧。

【鉴别诊断】① 无色素痣：出生就有或生后不久发病，白斑不扩大，常偏侧分布，持续终身不变。② 斑驳病：额际白发，色素脱失的部位与正常色素的皮肤中有过度色素沉着的斑片。③ 脱色素性花斑癣：为色素减退斑，好发于胸背颈部，表面可附有鳞屑，真菌学检查阳性，有花斑癣病史。

【治疗要点】治疗原则：白癜风治疗方法很多，根据病情个性化治疗。

1. 药物治疗

(1) 糖皮质激素：免疫抑制作用，阻止白斑扩大，直接刺激黑素合成诱导复色。强的松 15 mg，晨餐后顿服，见效后递减，至 5 mg/d，维持 3～6 个月，服药 4～6 周无效则停止治疗；卤米松软膏或糠酸莫米松软膏外用。

(2) 卡泊三醇外用：诱导黑素细胞酪氨酸酶活性，促进黑素合成。

(3) 免疫调节剂：调节免疫力，促进复色。如他克莫司软膏外用，每日 2 次。

2. 光化学疗法和光疗　促进复色

(1) PUVA：初始计量 0.5～1 J/cm²，每次增加 0.25～0.5 J/cm²，直至红斑出现，最大剂量 1～4 J/cm²，每周 2～3 次。

(2) NB-UVB：每周 2～3 次。

(3) 308 nm 准分子激光：每周 2～3 次。

3. 中药治疗　活血祛风，疏肝理气，如白癜风丸、六味地黄丸等口服。

4. 手术治疗　用于稳定期的顽固性白癜风，如自体表皮移植，自体黑素细胞培养移植，自体表皮细胞悬液移植或毛囊移植。

【注意事项】① 本病偶见自愈，但愈后易复发。病期短、损害小者容易治疗，而泛发性大片状损害或节段性分布及病程长者预后欠佳。② 进展期慎用刺激性药物，避免机械性摩擦。尽可能少吃维生素 C。③ 本病治疗困难，起效慢，疗程较长，应与患者仔细沟通，并尽可能消除其心理负担。

二、 黄褐斑

黄褐斑是育龄期妇女较常见的色素沉着性皮肤病，特征是面部出现片状黄褐色素沉着斑。男性发病较少。

【诊断要点】

1. 临床诊断标准　① 面部淡褐色至深褐色、界限清楚的无炎症性斑片，表面无鳞屑，通常对称性分布。② 无明显自觉症状。③ 女性多发，多在青春期后发生。④ 夏重冬轻，季节性改变。⑤ 排除其他疾病（如颧部褐青色痣、Riehl 黑变病及色素性光化性扁平苔藓等）引起的色素沉着。

2. 临床分型　① 按病因分为二型：A. 特发型：无明显诱因；B. 继发型：因妊娠、绝经、口服避孕药、日光等原因引起。② 按皮损部位可分为三型：A. 面中部型；B. 颧骨型；C. 下颌型。③ 按皮损颜色深浅可分为二型：A. 表皮型：呈淡褐色；B. 真皮型：呈深褐色或蓝灰色。

3. 组织病理：表皮型基底层黑素增加，但无黑素细胞增殖；真皮型真皮浅层可见游离黑素颗粒，噬黑素细胞内也有较多的黑素，无炎症浸润。

【鉴别诊断】① Riehl 黑变病：表现为灰褐色色素沉着病，皮疹变黑前常有红斑，色素斑上常有细小鳞屑。② Civatte 皮肤异色症：表现为色素沉着、毛细血管扩张和皮肤萎缩。

【治疗要点】治疗原则：针对个体，选择合适的治疗方法。

1. 药物治疗　局部脱色，联合应用维甲酸霜、脱色剂和糖皮质激素

可提高疗效。Kligman 改良配方：

0.05%维甲酸霜
4%氢醌霜
0.05%倍他米松霜　混合外用，每日 2 次

2. 化学剥脱　适用于真皮型黄褐斑，可选用三氯醋酸、果酸等。

3. 激光破坏黑素细胞，影响黑素细胞活性，因在黄种人中易产生色沉，应用时应谨慎，可选用强脉冲光、大光斑低能量的长波长 Q 开光激光等。

4. 中药治疗　滋阴补肾、调和气血、活血化瘀，方拟逍遥散、疏肝活血汤、桃红四物汤等加减。也有用中药倒模治疗黄褐斑。

【注意事项】① 避免日晒、口服避孕药、光敏性食物、药物，常规使用防晒霜。② 本病虽然治疗方法多样，但疗效不定，病程较长，需与患者进行良好的医患沟通，避免产生过高的期望值，提高依从性。

三、黑变病

各种原因引起的局部皮肤炎症性和色素增多性疾病称为黑变病。多累及面部，好发于成年人，女性较多。

【诊断要点】① 主要累及面部，常始于颧颞部，逐渐累及前额、颊和耳前，黏膜不受累。② 基本损害为网状排列的色素沉着斑，灰紫色到紫褐色，境界不清。③ 典型皮损发展可分 3 期：A. 炎症期：接触性皮炎样改变，局部轻度红肿，少量脱屑，伴瘙痒灼热；B. 色素沉着期：炎症消退，出现网状色沉斑片，上覆粉状鳞屑，呈特征性的“粉尘”外观；C. 萎缩期：与色素沉着部位相一致的皮肤出现轻度凹陷性萎缩。④ 组织病理：基底细胞液化变性，真皮层黑素增多，血管周围炎症细胞浸润。

【鉴别诊断】① 黄褐斑：对称性黄褐色斑片，表面无鳞屑，皮肤无萎缩。② Civatte 皮肤异色症：多见于颈部和颈下 V 区，色素沉着斑上无粉状鳞屑，毛细血管扩张、皮肤萎缩明显。

【治疗要点】治疗原则：寻找病因，对症治疗。

1. 一般处理　避免日光直晒。寻找可能致病诱因并加以预防，光斑贴试验有助于明确致敏物。

2. 药物治疗　炎症期治疗参考接触性皮炎；色素沉着期可口服复合维生素 B 或静脉注射大剂量维生素 C，皮损处可用 3%氢醌霜或超氧化物歧化酶霜剂。

【注意事项】本病宜早期治疗，越到后期治疗效果越差。

（骆　丹　高　洁）

第七节　大疱性皮肤病

一、天疱疮

天疱疮是表皮细胞间抗体介导的一组累及皮肤黏膜的自身免疫性大疱性皮肤病，血清中存在着抗角质形成细胞间物质抗体（也称天疱疮抗体）与天疱疮抗原结合后，引起表皮棘层细胞互相分离、棘层松解，产生表皮内水疱。临床一般分为寻常型天疱疮、增殖型天疱疮、落叶型天疱疮、红斑型天疱疮四种经典类型。还有其他类型如疱疹样天疱疮、药物诱导性天疱疮、副肿瘤性天疱疮、IgA 型天疱疮等。

【诊断要点】① 寻常型天疱疮是最常见的一型，水疱发生在正常皮肤或红斑上，疱壁薄，易破裂形成糜烂，渗液较多，可结痂，若继发感染则伴有难闻臭味。本型预后在天疱疮中最差。② 增殖型天疱疮是寻常型天疱疮的异型，也易侵犯口腔黏膜，但皮损有增殖性改变，尤其在皮肤的皱褶部位。③ 落叶型天疱疮水疱位置较浅，水疱极易破，有时水疱很不明显，可潮红肿胀，有叶状痂皮，类似于剥脱性皮炎，但尼氏征阳性，口腔黏膜较少侵犯。④ 红斑型天疱疮亦好发于头面及躯干部位，头面部损害类似于红斑狼疮、脂溢性皮炎，水疱破后常结成不易脱落的污秽色、黑褐色痂和脂性厚痂。⑤ 天疱疮基本病理变化为棘层松解、表皮内裂隙和水疱，疱腔内有棘层松解细胞。直接免疫荧光显示 IgG、IgA、IgM 或 C_3 在角质形成细胞间隙内呈网状沉积。间接免疫荧光检查患者血清中有抗表皮细胞间抗体（天疱疮抗体）。

【鉴别诊断】本病根据典型临床表现，结合组织病理和免疫病理可以诊断。主要应与大疱性类天疱疮、重症型多形红斑、疱疹样皮炎、大疱性表皮松解型药疹、获得性大疱性表皮松解症等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：全身用药，控制病情；预防或控制继发感染；积极处理口腔病变，防止严重并发症；加强支持疗法；皮损按外用药原则处理。

1. 一般治疗　加强营养，给予高蛋白、高维生素饮食。注意维持水、电解质平衡。全身衰竭者可给予白蛋白、血浆或全血。

2. 内用药物治疗

（1）糖皮质激素：是治疗本病的首选有效药物，应做到及时应用，足量控制，正确减量，最小量维持。可口服、静脉滴注，也可进行冲击治疗。

（2）免疫抑制剂：常与激素联合使用，可降低激素的控制量及维持量，使激素能顺利减量，亦可单独应用于病情较重患者或激素抵抗患者。

(3) 对大剂量激素治疗及与免疫抑制剂联合治疗尚不能控制病情者可考虑采用大剂量丙种球蛋白静脉注射疗法。

(4) 抗感染药物：天疱疮有继发病毒、细菌、真菌感染时，必须密切注意，及时选用相应的抗感染药物。

(5) 其他的治疗方法还包括血浆置换疗法。少数病人对使用氨苯砜、磺胺吡啶、烟酰胺或四环素单用或与激素联合使用亦有良好疗效反应。

3. 局部护理及外用药物治疗　① 加强口腔护理。② 积极有效的创面护理。③ 保持房间清洁、通风和干燥，也可用油纱布遮盖糜烂面或用抗生素软膏涂于消毒纱布遮盖。

【注意事项】① 组织病理学检查关键是检查水疱所在的位置，病理活检取材要取新发水疱，如没有新起水疱，可以将水疱轻推，取尼氏征阳性的由于加压而扩大的水疱部位的水疱。② 天疱疮抗体滴度与病情活动程度有正相关关系，可用来观察病情的活动性，并可指导临床治疗。③ 对部分患者还应注意进行肿瘤方面的相关指标检查，以尽早发现副肿瘤性天疱疮。④ 激素的减量不能过快，否则病情容易反复。口腔黏膜损害往往在短期内难以控制，所以不作为减量的指标。⑤ 天疱疮需要长期应用激素，所以一定要注意激素的副作用。⑥ 必须注意大剂量激素冲击疗法的副作用，治疗过程中应进行心电监护。⑦ 注意细胞毒类免疫抑制剂的副作用，用药时开始后 1 周，以后每 2 周检查血常规，每月复查肝肾功能。

二、 大疱性类天疱疮

大疱性类天疱疮是一种自身免疫性表皮下水疱性皮肤病，好发于老年人，主要特征是疱壁厚、紧张不易破的大疱，组织病理为表皮下大疱，免疫病理发现基底膜带有 IgG 和 C_3 沉积，血清中存在针对基底膜带成分的自身抗体。

【诊断要点】① 本病多见于中老年人，尤其是 60 岁以上的老年人。② 在正常皮肤或红斑基础上发生的紧张性水疱或大疱，尼氏征阴性，疱壁较厚不易破，破溃后糜烂面常覆以痂皮或血痂，可有不同程度瘙痒。③ 好发于躯干、四肢伸侧、腋窝和腹股沟。少数患者口腔、咽喉、外阴等黏膜部位出现水疱或糜烂。④ 慢性病程，进展缓慢，反复发作，如不予治疗，数月至数年后可自发性消退或加重。⑤ 组织病理为表皮下水疱，无棘刺松解，疱腔内有嗜酸性粒细胞，真皮内有大量炎细胞浸润，主要为嗜酸性粒细胞。直接免疫荧光显示基底膜带 IgG、C_3 线状沉积。盐裂皮肤间接免疫荧光显示 IgG 抗体线状沉积在分离皮肤的表皮侧。

【鉴别诊断】本病根据典型临床表现,结合组织病理和免疫病理可以诊断。主要应与寻常型天疱疮、成人线状 IgA 大疱性皮病、疱疹样皮炎、重症型多形红斑以及家族性良性慢性天疱疮相鉴别。

【治疗要点】治疗原则:与天疱疮类似。

1. 一般治疗　皮损广泛者应给予高蛋白、高热量、多种维生素饮食,注意水、电解质平衡,黏膜损害重而影响进食者应静脉输液,全身衰竭者可输血或血浆。加强皮损及口腔护理,防止和控制继发感染。

2. 内用药物治疗

(1) 糖皮质激素:糖皮质激素的应用仍为首选,必要时也可采用冲击疗法。

(2) 免疫抑制剂:硫唑嘌呤 1～1.5 mg/(kg·d)口服;或环磷酰胺 1.5～2 mg/(kg·d)口服。多与糖皮质激素联用。

(3) 其他:氨苯砜(50～300 mg/d)口服,机制与抑制白细胞趋化有关。单用或与糖皮质激素联用。对伴有感染者应及时选用抗生素。

(4) 血浆置换疗法:对病情严重、大剂量糖皮质激素仍不能控制或有激素的副作用、不能使用大剂量糖皮质激素者可选用。

3. 局部治疗　皮损较少时,糜烂面外用锌氧油;红斑损害可用糖皮质激素霜;皮损泛发、渗液结痂较多时,可用 1∶8 000 高锰酸钾溶液或 0.1%新洁尔灭清洗创面;大疱可在无菌操作下抽去疱液处,但疱壁不应剪除;广泛、面积大者可采用烧伤病房的暴露疗法。

【注意事项】① 大疱性类天疱疮病程良性,因此激素首量要小,并应坚持早期治疗、足量控制、及时正确减量的使用原则,同时需要服用较长时间的维持量。② 对大疱性类天疱疮患者的长期随访对指导糖皮质激素正确使用和防止它的副作用都很重要。减药过快或骤然停药是导致复发的主要原因。③ 重症患者单用糖皮质激素无法控制病情时,联用免疫抑制剂常可取得较好的疗效并可减少糖皮质激素的用量,从而减少其副作用,但应注意肝脏及血液系统的副作用。

预防和控制天疱疮患者感染非常重要,可从几方面加强:① 及时发现可能的感染灶,经常做痰和分泌物真菌培养和细菌培养及药敏试验,选择敏感抗生素治疗。② 局部处理:清除痂皮和污物,对大疱及时抽去疱液,糜烂渗液较多时选用湿敷,较少时可用油剂和甲紫糊、雷凡诺尔糊,配合紫外线等理疗。③ 加强支持疗法:注意休息、蛋白质的补充等。④ 注意房间的消毒、隔离。

三、家族性慢性良性天疱疮

家族性慢性良性天疱疮又称 Hailey－Hailey 病,系一种少见的常染

色体显性遗传病。

【诊断要点】① 男性多见，多于青春期后开始发病。② 50%患者有家族遗传史。③ 皮损好发于颈、腋、肘窝、腹部、乳房下、腹股沟、外阴及肛门，对称分布，夏重冬轻。④ 基本损害为红斑、丘疹及小水疱，容易破溃、结痂。腹股沟处皮损因反复发作可呈增厚的褐色扁平丘疹，并有色素沉着。⑤ 组织病理示表皮基底细胞层上裂隙或水疱，表皮细胞大片松解，似倒塌的砖墙。

【鉴别诊断】应与各型天疱疮进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：避免各种诱发因素，预防继发感染，支持治疗为主。抗生素、抗真菌制剂及糖皮质激素外用有一定疗效。可系统应用四环素、青霉素、红霉素和米诺环素；氨苯砜（50～300 mg/d）对部分患者有效；严重患者可用泼尼松 30 mg/d 口服，疗效明显。顽固及皮损肥厚者可用 X 线局部放射治疗。

【注意事项】① 此病属于家族性遗传病，对此病的治疗只能达到近期疗效，不能防止复发。② 本病无特殊根治性疗法，以保护皮肤，减少摩擦，耐心细致的护理尤为重要。

（骆　丹　徐丽贤）

第八节　营养代谢性皮肤病

一、皮肤淀粉样变性

皮肤淀粉样变性是指淀粉样蛋白只沉积于皮肤，而无内脏受累的一种慢性皮肤病。可分为原发性和继发性，后者常继发于某些慢性炎症性疾病。原发性皮肤淀粉样变性主要有两型：斑状和苔藓样淀粉样变性。

【诊断要点】① 苔藓样淀粉样变性：最常见。多见于中年男性，好发于双侧胫部，其次是臂伸侧、背部等处。皮损为多发的半球形质硬丘疹，褐色或皮色，呈串珠样排列，可融合成斑块。瘙痒剧烈。② 斑状淀粉样变性：多见于中年以上女性，好发于背部肩胛区，亦可累及躯干、四肢。皮损为褐色或紫褐色点状色素斑，聚合成网状或波浪状。瘙痒不明显。③ 组织病理：HE 染色见真皮乳头有均一红染的团块状物；甲基紫染色见淀粉样蛋白呈紫红色异染。

【鉴别诊断】应注意和摩擦黑变病及神经性皮炎相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：治疗原发病、减少局部皮肤刺激，对症治疗。

可用糖皮质激素外用或皮损内注射，封包可加强疗效。瘙痒剧烈者口服抗组胺药物止痒，皮损广泛，瘙痒剧烈者，可用静脉封闭。此外对于

个别皮损可使用皮肤磨削术、冷冻及二氧化碳激光。

【注意事项】① 本病治疗效果欠佳，尽量减少对皮肤的摩擦刺激，寻找可能致继发性发病的诱因并去除之。② 一些皮肤病，如皮内痣、汗腺肿瘤、毛母质瘤、皮肤纤维瘤、脂溢性角化、日光性弹性纤维病、日光性角化病、Bowen 病和基底细胞癌等，以及经 PUVA 治疗后局部可出现少量淀粉样物质沉积，但皮损常不明显。

二、 胫前黏液性水肿

胫前黏液性水肿是由于黏蛋白沉积在胫前皮肤所致，特征是胫骨前坚实的黄色蜡样水肿性结节和斑块，是 Graves 病的一种症状，也可见于无甲状腺功能异常的成年人。

【诊断要点】① 常见于甲亢手术或^{131}I 治疗后约 1 年左右。② 开始可仅一侧，随后扩展及两小腿伸侧，可呈对称性。③ 皮损表现为坚实非凹陷性水肿性斑块，边界清楚，呈蜡黄色，表面凹凸不平，毛孔粗大呈橘皮状，其上毳毛旺盛粗黑。可伴瘙痒或蚁行感。④ 临床上可分为三型：A. 局限型：胫前和足趾骨部出现大小不一的结节；B. 弥漫型：胫前和足背呈弥漫坚硬非凹陷性水肿的斑块；C. 象皮病型：弥漫坚硬非凹陷性水肿斑块，像象皮腿样，同时伴有结节。⑤ 组织病理：表皮角化过度，毛囊角栓，真皮内特别是真皮中、下 1/3 处大量黏蛋白沉积。⑥ 实验室检查：甲状腺功能测定常提示甲状腺功能亢进。

【鉴别诊断】需与全身性黏液性水肿相鉴别，后者为甲状腺分泌不足所致的黏蛋白沉积，皮肤呈非凹陷性水肿，以眶周及肢体末端最明显，实验室检查提示甲状腺功能减退。

【治疗要点】治疗原则：治疗原发病，对症治疗。外用糖皮质激素数周至数月常有效，也可进行局部注射疗法，但停药均可复发。予抗肿瘤药物口服，如环磷酰胺，有一定效果，但应注意不良反应。

【注意事项】① 检查甲状腺功能，并进行相应治疗。② 少数病例损害可发生于身体其他部位，如头皮、肩部、手指伸侧、臀部、下腹部等处。

（骆 丹 高 洁）

第九节 遗传性皮肤病

一、 鱼鳞病

鱼鳞病是一组常见的角化异常性遗传性皮肤病。临床上以皮肤上出现片状似鱼鳞样的黏着性鳞屑为特点。常见的临床类型包括寻常型鱼鳞

病、性联鱼鳞病、非大疱性先天性鱼鳞病样红皮病、板层状鱼鳞病以及先天性大疱性鱼鳞病样红皮病。

【诊断要点】① 寻常型鱼鳞病：此型最为常见，且病情轻重不一，冬重夏轻。典型改变是淡褐色至深褐色菱形或多角形鳞屑，鳞屑中央固着，边缘游离，如鱼鳞状。皮损对称分布，以皮肤伸侧及躯干下部较明显，尤以小腿伸侧最为显著。② 性联鱼鳞病：较少见，婴儿早期发病。皮损与寻常型鱼鳞病相似，但症状较重。皮肤干燥粗糙，鳞屑大而显著。呈黄褐色或污黑色大片鱼鳞状。皮损往往遍布全身，以四肢伸侧及躯干下部，胫前尤为明显。③ 先天性大疱性鱼鳞病样红皮病：患者出生时即有皮肤发红、湿润和表皮剥脱。受到轻微创伤或摩擦后则在红斑基础上出现大小不等的薄壁松弛性水疱，易破溃成糜烂面。红斑及水疱随年龄增长而逐渐减轻，代之以全身皮肤角化过度。④ 板层状鱼鳞病：出生时就有皮疹，表现为黄棕色四方形鳞屑（板层状），遍及整个体表，严重者可似铠甲样，以肢体屈侧和外阴等处明显。⑤ 非大疱性先天性鱼鳞病样红皮病：主要表现为出生时就有皮疹，全身皮肤均发红，有细碎的鳞屑，面部亦可累及，但眼睑、口唇外翻少见。随着年龄增长，皮损逐渐减轻，至青春期前后趋向好转。⑥ 其他少见的类型还有火棉胶婴儿与胎儿鱼鳞病。

【鉴别诊断】各类先天性鱼鳞病均应与获得性鱼鳞病鉴别，后者是在恶性肿瘤，特别是淋巴瘤、麻风，或其他慢性消耗性疾病和严重营养不良患者中发生。

【治疗要点】治疗原则：以温和、保湿、轻度剥脱为原则。

1. 增加皮肤水合作用　10%～20%尿素霜或 40%～60%丙二醇溶液封包过夜，2～3 次/周，有良好作用。

2. 维 A 酸的外用制剂可改善角化程度，减少鳞屑，与糖皮质激素软膏间歇联合应用可明显增加疗效。

3. 钙泊三醇软膏外用，共 12 周。每周最大量为 120 g，疗效较好。

4. 对症状较重及严重类型可口服异维 A 酸 1～2 mg/(kg・d)或依曲替酯 1 mg/(kg・d)，虽不能根治，但能缓解症状。

【注意事项】① 清洗患处时，动作要轻揉，不要强行剥离皮屑，以免造成局部感染，如红、肿、热、痛，影响治疗，使病程延长。有条件者可进行温泉浴，并涂护肤油脂类，使皮肤柔润，减轻鳞屑和瘙痒，防止皮肤过于干燥，禁用碱性重的肥皂及刺激性药物。② 忌虾、海鲜、酒、辛辣食物。患者应注意增加营养，多食胡萝卜、新鲜蔬菜、水果及动物肝脏、蛋黄、豆类食品，勿吸烟饮酒。③ 内分泌变化、妊娠均可诱发本病并使其加重。④ 性联鱼鳞病病理基因位于 X 染色体上，故几乎均见于男性，女性仅属于携带者因而发病极少。

二、掌跖角化病

掌跖角化病是一组以掌跖部弥漫性或限局性角化过度为特征的遗传性皮肤病。本病有许多不同的临床类型。

【诊断要点】① 弥漫性掌跖角化病：为常染色体显性遗传，常在婴儿期发病，初期病变为局灶性，6 个月至 1 岁后才为掌跖部弥漫性损害，边界清楚的坚硬角化斑块，呈黄色，蜡样外观，边缘常呈淡红色，掌跖可单独或同时受累，损害一般不扩散至手足背面，可伴有掌跖多汗，甲板增厚混浊。② 斑点状掌跖角化病：为染色体显性遗传病，可发生与任何年龄，以青春期多见。本病的临床特点是以掌跖部散发角化性丘疹为特性，皮损多数呈圆形或卵圆形，黄色，直径 2～10 mm 的坚硬角质丘疹，散在分布或群集成片状及线状。③ 表皮松解性掌跖角化病：该病组织象与表皮松解性角化过度型鱼鳞病相同。④ 点状(丘疹性)掌跖角化病：发病时，角质层内可见致密的角化不良柱，角化过度区下方生发层呈杯状凹陷，而真皮无炎症。⑤ Meld型掌跖角化病：常伴有掌跖多汗，甲板增厚，其他部位出现银屑病样损害。⑥ Papillon - Lefevre 综合征：常伴有手足臭汗症及牙周病。

【鉴别诊断】应与获得性掌跖角化病或症状性掌跖角化病鉴别。获得性掌跖角化病为后天性角化病，多在成年期发病，无明显家族史，除少数患者可为特发性外，多数由系统性疾病(如恶性肿瘤、黑棘皮病等)或药物引起。症状性掌跖角化病常见于某些其他皮肤病如角化型手足癣、掌跖部慢性湿疹等。

【治疗要点】治疗原则：尽量避免创伤，避用肥皂。

1. 局部外用 20%尿素霜，0.1%～0.5%维 A 酸霜，或用 15%水杨酸软膏包封软化去除角质后继之用糖皮质激素软膏(或霜剂)包封，可提高治疗效果。钙泊三醇软膏外用亦有一定疗效。

2. 严重者亦可口服异维 A 酸 1～2 mg/(kg·d)或依曲替酯 1 mg/(kg·d)。

【注意事项】目前尚无特效疗法，可试服维生素 A 及维 A 酸，尽量避免创伤。局部可外用角质松解剂。病变可持续终生。

三、遗传性大疱性表皮松解症

大疱性表皮松解症(EB)分为遗传性和获得性两种。遗传性 EB 至少包括 23 种不同类型，依据发病部位不同可分为三类：① 单纯性大疱性表皮松解症：水疱在表皮内。② 交界性大疱性表皮松解症：水疱发生于透明层。③ 营养不良性大疱性表皮松解症：水疱发生在致密下层。

【诊断要点】各型大疱性表皮松解症的共同特点是皮肤在受到轻微

摩擦或碰撞后就出现水疱及血疱。好发于肢端及四肢关节伸侧，严重者可累及任何部位。皮损愈合后可形成瘢痕或粟丘疹，肢端反复发作的皮损可使指趾甲脱落。① 单纯型仅累及肢端及四肢关节伸侧，不累及黏膜，皮损最表浅，愈后一般不留瘢痕。② 营养不良型可累及任何部位（包括黏膜），病情多较重，常在出生后即出现皮损，且位置较深，愈合后遗留明显的瘢痕，肢端反复发生的水疱及瘢痕可使指趾间的皮肤粘连，指骨萎缩形成爪形手；口咽部黏膜反复溃破、结痂可致张口、吞咽困难，愈后不佳。③ 交界型罕见，出生后即出现广泛水疱、大疱及糜烂面，预后差，多在 2 岁内死亡。

【鉴别诊断】应与获得性大疱性表皮松解症鉴别，后者临床表现与遗传性大疱性表皮松解症相似，血清中可有抗基底膜带自身抗体。此外还应与大疱性类天疱疮、天疱疮进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：尚无特效疗法，仅能对症及支持治疗。一般疗法是保护皮肤，防止摩擦和压迫，用非粘连性合成敷料、无菌纱布和广谱抗生素软膏外用防治感染。应注意支持疗法。

【注意事项】① 接触 EB 患者的皮肤时特别小心。要避免侧向拉力和其他引起摩擦的动作。婴儿的皮肤更容易受伤，要减少不必要的接触，抱的时候不要太紧。② 患者应该避免长时间暴露在高温环境下。任何热的东西都不应该放在 EB 患者皮肤上，这样会立即产生水疱。③ EB 患者皮肤上的伤口可能会被细菌感染，金黄色葡萄球菌是最常见的感染源。④ 对于大的水疱或影响日常患者生活的水疱应予在消毒情况下抽吸干净。⑤ EB 患者可能经常因水疱和开放性伤口而疼痛。必要时可以给予止痛药。但应该尽量避免长期使用。⑥ 隐性遗传营养不良型大疱性表皮松解症患者患几种皮肤癌（多数是鳞状细胞癌，偶尔也有恶性黑素瘤）的可能性比常人高。因此，这类患者从青春期开始就应该每年进行皮肤癌的体检。

（骆　丹　高　洁）

第十一章

性传播疾病

一、梅毒

梅毒是由密螺旋体属中的梅毒螺旋体引起的一种慢性系统性传染病。本病危害性极大，以潜伏感染和反复发作为其特点。

【诊断要点】

1. 一期梅毒(硬下疳)　① 有不洁性交、嫖娼、配偶感染史或同性恋史。② 潜伏期 2～4 周。③ 主要表现为硬下疳，常为单个、无痛无痒、境界清楚、直径 1～2 cm 大小、触之如软骨样硬度，表面可糜烂或浅溃疡，渗出物中有大量的梅毒螺旋体。常发生在外生殖器部位，男性同性恋者可发生在肛周及直肠，偶见于唇、咽等处。梅毒血清试验：硬下疳早期阴性，7～8 周后大部分患者呈阳性结果。

2. 二期梅毒　① 多在初次感染后 8～10 周或出现硬下疳后 6～8 周发病。② 主要表现为皮肤黏膜损害，可出现骨膜炎、关节痛等骨关节损害，虹膜炎、视神经炎等眼损害，偶见脑膜炎等神经损害。皮疹形态多种多样，如斑疹、斑丘疹、丘疹、脓疱疹、鳞屑性皮损等，常泛发、对称分布。发生在掌跖的棕铜色脱屑性斑丘疹具有特征性。黏膜损害及扁平湿疣的分泌物涂片作暗视野显微镜检查，可见多数活动的螺旋体，梅毒血清试验呈强阳性。

3. 三期梅毒(晚期梅毒)　① 有不洁性生活或配偶感染史，早期梅毒史可有可无。② 皮肤黏膜梅毒：A. 结节性梅毒疹：常见于前额、四肢及肩胛等处，为多数皮下小结节，呈环状排列，可自然消退，遗留萎缩性斑；B. 树胶样肿：初为皮下小硬结，渐增大并与皮肤粘连，形成浸润性斑块，中心破溃形成溃疡，好发于头面及小腿等处。当侵及上腭及鼻中隔黏膜，可造成鼻中隔穿孔及马鞍鼻。③ 心血管梅毒：在感染 10～20 余年后发生，可引起梅毒性主动脉炎，主动脉瓣闭锁不全，主动脉瘤等。④ 神经梅毒：感染 5～15 年后发生，可引起梅毒性脑膜炎、脊髓痨及麻痹性痴呆等，亦可有脑脊液异常变化，而无神经系统症状。⑤ 其他脏器：如骨骼、眼、呼吸、消化及泌尿系统均可受侵。⑥ 梅毒血清试验大部分阳性，有少数亦可阴性。脑脊液白细胞增多，生化检查异常，梅毒抗体试验阳性。

4. 潜伏梅毒　有感染史，未经治疗或治疗不充分，无临床症状和体

征，但梅毒血清反应阳性，排除了其他可以引起梅毒血清反应阳性的疾病，脑脊液检查阴性，可诊断为潜伏梅毒，病期小于 2 年者称早期潜伏梅毒，大于 2 年者称晚期潜伏梅毒。

5. 早期先天梅毒 ① 生母患有梅毒。多在生后 3 周出现临床症状。② 皮肤表现多样，如斑丘疹鳞屑性损害、水疱及大疱及大疱性损害、扁平湿疣样损害，口角、肛周可发生线状皲裂性损害，皮肤干皱如老人，可伴脱发、甲沟炎、甲床炎。口腔内有黏膜斑。③ 皮肤黏膜损害的分泌物、鼻分泌物、脐带血涂片作暗视野显微镜检查，可见到螺旋体，梅毒血清试验阳性。

6. 晚期先天梅毒 多发生在儿童及青春期，患儿有梅毒齿（半月形门齿）、实质性角膜炎及神经性耳聋三联征，具特征性。皮肤黏膜损害与后天三期梅毒相似，还可出现骨膜炎、肝脾肿大等活动性损害。

7. 先天潜伏梅毒 先天梅毒未经治疗，无临床症状，梅毒血清反应阳性者称先天潜伏梅毒。

【鉴别诊断】① 硬下疳应与软下疳、生殖器疱疹、急性女阴溃疡、固定性药疹和白塞病等进行鉴别。暗视野显微镜下找到梅毒螺旋体可确证。② 二期梅毒应与玫瑰糠疹、多形性红斑、寻常型银屑病、病毒疹、股癣、扁平苔藓等进行鉴别。梅毒血清学试验可确证。③ 三期梅毒应与皮肤结核、麻风和皮肤肿瘤等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则：一经确诊应早期、足量、规则用药治疗，疗后定期随访。

1. 早期梅毒：苄星青霉素 G（皮试阴性）240 万 U，1 次/周，分两侧臀部肌内注射，连续 2～3 次；或普鲁卡因青霉素 G 80 万 U/d 肌内注射，连续 10～15 天。青霉素过敏者可选用头孢曲松 1.0 g/d（皮试阴性）静脉滴注，连续 10～14 天，或连续口服四环素 2.0 g/d；或多西环素 100 mg 口服，每日 2 次，或红霉素 2.0 g/d，连用 15 天。

2. 晚期梅毒：苄星青霉素 G 240 万 U，1 次/周，分两侧臀部肌内注射，连续 3～4 次；或普鲁卡因青霉素 G 80 万 U/d，肌内注射，连续 20 天。青霉素过敏者可用四环素类或红霉素类药物 30 天，剂量同上。

3. 心血管梅毒，神经梅毒，妊娠梅毒及先天梅毒较为少见，治疗可请专科医生协助或会同治疗。

【注意事项】① 本病应早期、足量、规则治疗，治疗越早效果越好。② 性伴同时接受检查治疗，治疗期间禁止性生活，避免再感染及引起他人感染。③ 治疗后应定期随访 2～3 年，进行体格检查、血清学检查以考察疗效。④ 病程 1 年以上的患者、复发患者、血清固定患者及伴有视力、听力异常的患者均应接受脑脊液检查以了解是否存在神经梅毒。⑤ 复发患者应加倍量复治，并应检查人免疫缺陷病毒，警惕合并感染。⑥ 治

疗前使用泼尼松可用于预防吉-海反应。⑦ 心血管梅毒的治疗不用苄星青霉素，应从小剂量青霉素开始，逐渐增加剂量，直至第 4 天起按正常剂量治疗；治疗过程中如发生胸痛、心力衰竭加剧或心电图 ST－T 段变化较治疗前明显，则应暂停治疗。

二、 淋病

淋病由淋病奈瑟菌感染引起，主要表现为泌尿生殖系统的化脓性感染，也可导致眼、咽、直肠感染和播散性感染。淋病潜伏期短，传染性强，不经治疗或治疗不当可导致多种并发症和后遗症。淋病临床上可分为单纯性（无合并症）淋病、有合并症淋病和播散性淋病三种。

【诊断要点】

1. 单纯性（无合并症）淋病　① 男性急性淋菌性前尿道炎：临床上最常见，开始表现为尿道口红肿，自觉轻度瘙痒、刺痛，有少量稀薄透明黏液流出。2 天内出现典型化脓性前尿道炎症状，尿道口红肿加剧和合并包皮龟头炎，尿道分泌物变稠，呈深黄色黏稠脓性。部分患者症状、体征较轻或不典型，类似非淋菌性尿道炎。② 女性淋菌性宫颈炎：多数患者为无症状带菌者，部分患者症状、体征轻微。典型的表现为阴道分泌物异常或增多，月经异常，外阴刺痒及烧灼感，偶有下腹部坠痛、隐痛及腰痛，检查可见宫颈有不同程度的红肿、糜烂、触痛和大量黄绿色黏稠脓性分泌物。③ 女性淋菌性尿道炎：与男性相同，但症状通常比男性轻，也可无症状。④ 幼女淋病：表现为弥漫性外阴阴道炎，可有阴道、尿道、外阴红肿、疼痛、尿痛、阴道有脓性分泌物，部分合并肛门直肠炎。⑤ 淋病性肛门直肠炎：多数可无临床症状，部分可有肛门瘙痒、灼热感，重者可有里急后重、脓血便、黏液样便、局部疼痛，检查可见局部红肿，有黏液或脓性分泌物。⑥ 淋菌性咽炎：表现为急性咽炎或急性扁桃体炎。有咽干、咽痛、吞咽痛，并有发热、颈部淋巴结肿大。⑦ 淋菌性结膜炎：多见于新生儿，出生后 2～4 天发病，多为双侧；成人少见，多为自身接种所致，单侧多见。表现为眼睑红肿、结膜充血，有大量黏膜稠脓性分泌物。

2. 有合并症淋病　多数是由于急性期未得到及时有效的治疗，或者患者体弱，抵抗力低下。

（1）男性：淋病由前尿道上行感染，蔓延至后尿道，引起后尿道炎、前列腺炎、精囊炎、附睾炎、睾丸炎、尿道球腺炎及包皮腺炎，临床上出现局部红肿热痛、触痛，部分可形成脓肿及会阴坠胀、疼痛不适。也可出现尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、尿液混浊。严重时有发热、畏寒、外周血白细胞升高。反复发作可导致尿道狭窄、输精管狭窄或梗阻，继发不育。

（2）女性：炎症上行感染，可蔓延至子宫内膜、输卵管、卵巢、盆腔、肝

周，也可波及前庭大腺、尿道旁腺，引起局部炎症或脓肿。临床上出现下腹部隐痛、坠胀、局部压痛、触痛、腰背酸痛、白带和分泌物增多，严重者可产生腹膜刺激征和全身症状。反复发作可致输卵管的狭窄或闭塞，导致宫外孕和不孕症。

3. 播散性淋病　临床上极少见，约 2/3 为妇女，多数在月经期发病，月经期性交可能是诱因。另外，新生儿，尤其是早产儿，也有发生播散性淋病的报道。淋球菌通过血行播散。发生菌血症、败血症，同时侵犯许多脏器，产生化脓性炎症和相应局部症状，及较严重的全身症状。

【鉴别诊断】本病应与非淋菌性尿道炎、念珠菌性阴道炎及滴虫性阴道炎等进行鉴别。相应的病原体检查结果可明确诊断。

【治疗要点】治疗原则：早期诊断、早期治疗；及时、足量、规则的用药；对性伙伴追踪，同时治疗；注意同时有无衣原体，支原体感染及其他 STDs 感染。

1. 淋菌性尿道炎、宫颈炎、直肠炎：头孢曲松 250 mg 一次肌内注射，或大观霉素 2.0 g(宫颈炎 4.0 g)一次肌内注射，或环丙沙星 500 mg 一次口服，或氧氟沙星 400 mg 一次口服。

2. 淋菌性眼炎

(1) 新生儿：头孢曲松 25～50 mg/(kg・d)(单剂不超过 125 mg)静脉或肌内注射，连续 7 天，或大观霉素 40 mg/(kg・d)肌内注射，连续 7 天。

(2) 成人：头孢曲松 1.0 g/d 肌内注射，连续 7 天，或大观霉素 2.0 g/d 肌内注射，连续 7 天。同时应用生理盐水冲洗眼部，每小时 1 次。

3. 儿童淋病　头孢曲松 125 mg 一次肌内注射，或大观霉素 40 mg/kg 一次肌内注射；体重大于 45 kg 者按成人方案治疗。

4. 淋菌性盆腔炎　头孢曲松 500 mg/d 肌内注射，连续 10 天，或大观霉素 2.0 g/d 肌内注射，连续 10 天；应加用甲硝唑 800 mg/d，分 2 次口服，或多西环素 200 mg/d，分 2 次口服，连续 10 天。

5. 播散性淋病　头孢曲松 1.0 g/d 肌内注射或静脉注射，连续 10 天以上，或大观霉素 4.0 g/d，分 2 次肌内注射，连续 10 天以上。淋菌性脑膜炎疗程约 2 周，心内膜炎疗程要 4 周以上。

【注意事项】① 对淋病患者应常规进行非淋菌性尿道炎的相关检查，临床上二者常并存，导致患者迁延不愈。② 对肝肾功能障碍，孕妇、儿童及 18 岁以下少年禁用氟喹诺酮类的药物。③ 治疗结束后 2 周内，在无性接触史情况下符合如下标准为治愈：A. 症状和体征全部消失；B. 在治疗结束后 4～7 天作淋球菌复查阴性。④ 注射用头孢类抗生素必须先做皮试，阴性方可使用。

三、 非淋菌性尿道炎

非淋菌性尿道炎指经性接触传染的有明显尿道炎症，但尿道分泌物中检查不到淋球菌的一组感染性疾病，因女性患者经常表现为宫颈炎症和尿道炎症，所以又称为非淋菌性泌尿生殖道炎。

【诊断要点】① 排除淋菌尿道炎，尿道分泌物涂片革兰染色未见白细胞内外革兰阳性，双球菌培养无淋菌生长。② 病史：1～3 周内有不洁性交史，或配偶有感染史。有尿道炎症状，这在男性较为突出，女性则为尿频，排尿困难，或有宫颈炎，外阴炎，白带多。③ 体格检查：有脓性，黏液脓性或白色尿道分泌物。④ 实验室检查：尿道分泌物革兰染色，在 1 000 倍显微镜视野下多形核白细胞数大于 5 个。培养或其他方法证实有衣原体或支原体感染。

【鉴别诊断】本病主要与淋球菌性尿道炎进行鉴别，此外尚需排除白念珠菌和滴虫的感染。

【治疗要点】治疗原则：早期诊断、早期治疗、规则用药、治疗方案个体化。常用治疗方案：

1. 多西环素　100 mg　2 次/日　口服　连服 7～10 天
2. 阿奇霉素　1.0 g　饭前 1 小时或饭后 2 小时一次　顿服
3. 美满霉素　100 mg　2 次/日　口服　连服 10 天
4. 红霉素　0.5 g/d　4 次/日　连服 7 天

【注意事项】① 病原体培养取材时要在尿道或女性宫颈内用力旋转 1～2 圈，以获得感染的上皮细胞。② 本病及时正规治疗后预后良好，如病人治疗后症状持续存在或症状消失后又出现，最可能的原因是发生再感染，应督促其性伴同时检查治疗。同时也应注意其他引起尿道炎、宫颈炎的疾病，以查明病因。③ 反复发作的或治疗效果欠佳的非淋菌性尿道炎，应作病原微生物的药物敏感试验，以指导治疗。④ 治愈的标准是患者的自觉症状消失，无尿道分泌物，尿沉渣无白细胞，细胞涂片也未见衣原体。在判断治愈时，一般可不作病原微生物培养。

四、 尖锐湿疣

尖锐湿疣是由人类乳头瘤病毒所致，常发生在肛门及外生殖器等部位，主要通过性行为传染。

【诊断要点】① 本病多见于性生活活跃的青年男女。有不洁性生活史或间接接触感染和配偶尖锐湿疣病史。② 外阴生殖器或肛周出现柔软赘生物，无自觉症状或仅有微痒不适。男性多见于冠状沟、阴茎颈、龟头、包皮内侧；女性多见于阴道口小阴唇内侧、处女膜沟、尿道口两侧隐

窝、阴唇后联合和大阴唇。亦可见于男女的尿道口、阴阜、肛周以及女性的阴蒂、阴道内、宫颈口。③ 发生在黏膜部位的疣体表面多为粉红色或灰白色;皮肤部位的疣体表达面多为灰褐色或灰白色。有的疣体表面呈颗粒状或分叶状,伴有少许分泌物。④ 疣体的形态多样,常见的有菜花状、乳头状、鸡冠状、蘑菇状、丘疹状。亦有呈现手指状、条带状、扁平状或不规则状。个别巨大尖锐湿疣可呈拳头状或袋状。一般疣体的基底较小、较窄。⑤ 醋酸白试验有助于诊断,对疣体不典型者可配合病理活检或 PCR 检测以确诊。

【鉴别诊断】本病需和假性尖锐湿疣、阴茎珍珠状丘疹、扁平湿疣、鲍温病样丘疹病、生殖器鳞状细胞癌和皮脂腺异位症等进行鉴别。

【治疗要点】治疗原则:去除临床可见的疣体,减少复发;追踪性伴;检查并治疗其他生殖道感染。

1. 外用药物治疗

(1) 0.5%足叶草毒素酊(鬼臼毒素酊):为细胞毒药物。用法为每天 2 次外用,连用 3 天停药 4 天为 1 个疗程,可根据病变程度连续用 1～3 个疗程,治愈率较高。适用于任何部位的皮损(包括男性尿道内及女性阴道内皮损)。

(2) 10%～25%足叶草酯酊:每周 1～2 次局部外用,涂药 1～4 小时后洗去。因刺激性较大,故应注意保护皮损周围正常组织。

(3) 50%三氯醋酸或二氯醋酸液:可通过对病毒蛋白的凝固作用破坏疣体,使疣组织坏死脱落。每周或隔周使用 1 次,连续用药不宜超过 6 周。有腐蚀性,应注意保护正常组织。

(4) 其他:5% 5-氟尿嘧啶每周外用 1 次,或 5%咪喹莫特霜每周外用 2～3 次,睡前外用,6～10 小时后洗掉,可用药 16 周,局部可出现轻中度刺激症状。

2. 物理治疗　如激光、冷冻、电灼、微波等,可酌情选用,巨大疣体可手术切除。

【注意事项】① 尖锐湿疣对胎儿影响不大,但 0.5%足叶草毒素酊和 10%～25%足叶草酯酊由于其致畸作用故禁用于妊娠期尖锐湿疣。妊娠期尖锐湿疣可采取物理治疗的方法。② 性伴的隐形感染是部分患者反复发作,迁延不愈的重要原因,故治疗之后避孕套使用十分重要。

五、 生殖器疱疹

生殖器疱疹是由单纯疱疹病毒(HSV)感染泌尿生殖器及肛周皮肤黏膜而引起的一种复发性、难治愈的性传播疾病。临床上分为原发性、复发性和亚临床三种类型。

【诊断要点】① 原发性生殖器疱疹：即首次感染 HSV－1 或 HSV－2。潜伏期为 2～20 天，平均 3～5 天。皮损为簇集或散在的丘疹、丘疱疹或小水疱，2～4 天后破溃形成糜烂或溃疡，后结痂自愈。自觉疼痛，常伴腹股沟淋巴结肿痛。部分患者可伴发热、头痛、乏力等全身症状。病程一般为 2～3 周。累及肛门、直肠者，表现为局部疼痛、便秘、里急后重、肛周溃疡等。② 复发性生殖器疱疹：指原发性生殖器疱疹皮损消退后 1～4 月内病情复发，皮损多于原部位出现，反复发作。皮损类似于原发性生殖器疱疹，但症状较轻，病程较短一般为 7～10 天，发疹前常有局部烧灼感、针刺感或感觉异常等前驱症状；可间隔 2～3 周或月余复发多次。③ 亚临床型生殖器疱疹：是生殖器疱疹主要传染源，约 50％的 HSV－1 感染者和 70％～80％的 HSV－2 感染者缺乏典型临床表现，其不典型皮损可表现为生殖器部位的微小裂隙、溃疡等，易被忽略。

【鉴别诊断】本病应与接触性皮炎、带状疱疹及白塞病等进行鉴别。

【治疗方案】治疗原则：减轻症状，促进皮损愈合，预防复发或减少复发，预防并发症。

1. 内用药物治疗

(1) 原发性生殖器疱疹：阿昔洛韦 200 mg，5 次/日，口服，7～10 天；或伐昔洛韦 300 mg，2 次/日，口服，7～10 天；或泛昔洛韦 250 mg，3 次/日，5～10 天。

(2) 复发性生殖器疱疹最好在出现前驱症状或损害出现 24 小时内口服阿昔洛韦 200 mg，5 次/日，连服 5 天；或伐昔洛韦 300 mg，2 次/日，连服 5 天；或泛昔洛韦 250 mg，3 次/日，连服 5 天。

2. 外用药物治疗　应保持患处清洁、干燥。皮损处可外用 3％阿昔洛韦软膏、1％喷昔洛韦乳膏和酞丁胺霜等。

【注意事项】① 生殖器疱疹可引起播散性 HSV 感染、病毒性脑膜炎、盆腔炎等一系列并发症。② 孕妇还可引起胎儿感染和新生儿疱疹，造成胎儿宫内发育迟缓、流产、早产甚至死产。早期妊娠的生殖器疱疹原发性感染有可能导致胎儿的畸形。晚期妊娠时的生殖器疱疹发作可通过产道感染新生儿，胎膜未破前可考虑剖腹产或对新生儿注射丙种球蛋白做应急预防。③ 女性生殖器疱疹还与宫颈癌的发生相关，引起了人们的日益重视。④ 在艾滋病流行地区，生殖器疱疹增加了 HIV 感染的危险性，同时 HIV 感染也改变了生殖器疱疹的流行状况和临床特点。病情严重的患者要考虑合并 HIV 感染的可能性。⑤ 本病虽易复发，但预后良好。

六、软下疳

软下疳是由杜克雷嗜血杆菌引起，表现为急性、多发性、疼痛性阴部

溃疡，伴腹股沟淋巴结化脓性病变为特征的一种经典性病。在我国比较少见。

【诊断要点】① 不洁性交史。② 典型临床表现：境界清楚、边缘不整齐的潜行性溃疡，圆形或椭圆形，直径 2～20 mm，溃疡基底触之较软，易出血，上覆灰黄色脓性分泌物及坏死组织，有恶臭；可由于自身接种在原发皮损周围出现成簇的卫星溃疡。③ 实验室检查：溃疡底部分泌物涂片，革兰染色示阴性短杆菌，培养为杜克雷嗜血杆菌。暗视野显微镜检查梅毒螺旋体阴性，梅毒血清试验阴性。

【鉴别诊断】本病应与发生于生殖器部位的其他溃疡性疾病进行鉴别。① 硬下疳：为软骨样硬度的无痛性结节，暗视野显微镜可查见梅毒螺旋体。② 生殖器疱疹：为复发性的簇状分布的红斑水疱，破溃后留有浅表糜烂，结痂后迅速痊愈。

【治疗要点】治疗原则：根据药敏试验结果选用敏感抗生素治疗。

1. 内用药物　可选用阿奇霉素 1.0 g 顿服，或红霉素 2.0 g/d，分 4 次口服，疗程 7 天；也可用头孢曲松 250 mg 或大观霉素 2 g，1 次肌内注射。

2. 外用药物　可选用 1∶5 000 高锰酸钾溶液或 3％双氧水局部清洗，并外用红霉素软膏。

【注意事项】① 软下疳合并梅毒者称为混合下疳，表现为软下疳感染 0.5～1 个月，皮损愈合后发生硬下疳，部分患者可能表现为隐性梅毒，软下疳患者应常规进行梅毒血清学检测警惕合并感染。② 软下疳横痃的肿大淋巴结不可切开引流，应从邻近正常皮肤处潜行进针抽取脓液，可注入抗生素治疗。③ 临床上溃疡处疼痛和脓液消失，肿大的淋巴结消退，溃疡愈合及病原菌培养，每周 1 次，连续 3 次阴性可判愈。

七、 艾滋病

艾滋病为获得性免疫缺陷综合征，是由人类免疫缺陷病毒（HIV）感染引起的以严重免疫缺陷为主要特征的性传播性疾病。其病毒主要攻击辅助性 T 淋巴细胞，临床上以淋巴结肿大、厌食、慢性腹泻、体重减轻、发热、乏力等全身症状起病，反复发作各种机会性感染、继发肿瘤等而死亡。艾滋病的传播速度快、病死率高，目前尚无有效的治愈方法，成为人类主要的致死性传染病之一。

【诊断要点】

1. HIV 感染者　受检血清初筛实验，如酶联免疫吸附试验、免疫酶法或间接免疫荧光试验等方面检查阳性，再经确证试验，如蛋白印迹法，固相放射免疫沉淀等方法复核确诊者。

2. 艾滋病确诊病例

(1) 艾滋病病毒抗体阳性，又具有下述任何一项者，可确诊为艾滋病患者。① 近期(3～6个月)体重减轻10%以上，且持续发热达38℃一个月以上。② 近期(3～6个月)体重减轻10%以上，且持续腹泻(每日3～5次)一个月以上。③ 卡氏肺囊虫肺炎(PCP)。④ 卡波济肉瘤(KS)。⑤ 明显的真菌或其他条件致病菌感染。

(2) 若HIV抗体阳性者体重减轻、发热、腹泻症状接近上述第一项标准，且具有以下任何一项时，可为实验确诊艾滋病患者。① CD_4/CD_8 淋巴细胞计数比值<1，CD_4 细胞计数下降。② 全身淋巴结肿大。③ 明显的中枢神经系统占位性病变的症状和体征，出现痴呆、辨别能力丧失或运动神经功能障碍。

【治疗要点】治疗原则：本病目前尚无特效疗法。对无症状的患者，一般只需注意休息，加强营养，避免传染他人。对有症状的患者，应根据不同感染时期进行抗HIV治疗。

1. 抗HIV治疗　阻止HIV在体内复制、繁殖。主要包括核苷类逆转录酶抑制剂：如叠氮胸苷、地丹诺辛、扎西他滨等；非核苷类逆转录酶抑制剂：如奈韦拉定、台拉维定等；蛋白酶抑制剂：如沙奎那韦、英地那韦、瑞托那韦等。目前基本倾向联合用药，主要是用蛋白酶抑制剂与逆转录酶抑制剂联合。

2. 免疫调节治疗　可用α-干扰素、白细胞介素2、丙种球蛋白、粒细胞-巨噬细胞集落刺激因子及粒细胞集落刺激因子等；中药如紫花地丁、柴胡、松塔、甘草素、天花粉蛋白，人参、当归、女贞子等。

3. 合并症治疗　针对各种机会性感染和肿瘤的治疗。

【注意事项】① 艾滋病目前还不能治愈，疫苗研究尚未成功，因此预防更为重要。② 目前无证据证实HIV可以通过呼吸道、食物、汗液、泪液、昆虫叮咬、握手、共用游泳池等途径传播。③"窗口期"是指感染者从感染开始到机体可被检测到抗体的时期。窗口期的长短从2周到3月不等。平均为45天。④ 为预防艾滋病，应开展健康教育，提倡安全性行为，推广使用避孕套，避免肛交。开展对HIV感染者的咨询服务。静脉药瘾者不应共用注射器、针头。⑤ 积极治疗其他性传播疾病，性病患者应常规进行抗HIV抗体筛查。⑥ HIV感染的女性应建议其避免妊娠，所生婴儿应避免母乳喂养。⑦ 防止医源性感染，应用一次性无菌用品，严格消毒制度。

（骆　丹　吉　玺）

第十二章

常见肿瘤

一、肺癌

肺癌又称支气管肺癌，原发于支气管，根据癌肿在肺部的位置可分为中心型肺癌与周围型肺癌，根据组织学的改变，又分为鳞癌、腺癌和未分化癌。以鳞癌较多见，占40%～60%。肺癌是常见的恶性肿瘤之一，发病率和死亡率逐年增高，发达国家已居癌症死亡的首位，我国的上海、天津发病率也已居各种恶性肿瘤之首。

【诊断要点】

1. 有吸烟及家族史。

2. 临床表现　一般肺癌的临床表现多与其发生部位及病理改变相一致。

（1）周围型肺癌：较少见，早期可有轻微的胸部不适、胸涌及咳嗽，肿瘤增大后可能有咯血发生，继续增大可产生肺及支气管受压症状而出现激烈咳嗽或发烧。晚期可产生剧烈的胸痛和胸腔积液。

（2）中心型肺癌：早期引起咳嗽，为刺激性呛咳，无痰，或仅有少量白色泡沫痰，合并感染可有黄绿色脓样痰。约有60%的病人出现痰中带血，而大量咯血者较少见，持续性咯血者多见。同时伴有气急、胸痛、发热，晚期可出现压迫症状，如声音嘶哑、膈肌麻痹、头痛、四肢疼痛以及脑转移、骨转移的表现。

3. 化验检查　① 取新鲜痰液找脱落细胞和癌细胞，反复检查常可提高阳性率。② 神经元特异性烯醇化酶（生理盐水 E）：它是小细胞肺癌的肿瘤标志物，常高于13 ug/L，可以鉴别诊断、监测放疗化疗的治疗效果。③ 血沉：中晚期可增速。

4. X线、CT、MRI、ECT的典型改变。

5. 纤维支气管镜检查及活组织检查。

6. 符合下列各项之一者，可以确诊为肺癌：① 无症状，但胸部摄片或CT、MRI证实者。② 痰或胸腔积液或活组织中找到癌细胞者。③ 段性肺炎在短期内（一般为2～3个月）发展为肺叶不张，或肺叶不张在短期内发展为全肺不张者，或者根部出现肿块，特别是生长性肿块。

7. 疑似病例标准　① 刺激性咳嗽持续2～3周，治疗无效，或原有慢

性呼吸道疾病，咳嗽性质改变者。② 持续痰中带血而无其他原因可解释者。③ 单侧局限性哮鸣音，不因咳嗽而改变者。④ 反复同一部位的肺炎，特别是段性肺炎。⑤ 胸片示局限性肺气肿，段、叶肺不张，孤立性圆形病灶和单侧肺门阴影增大者。⑥ 原有肺结核病灶已稳定，而在治疗过程中，其他部位出现新病灶者。⑦ 无中毒症状的胸腔积液、增长快，尤其为血性者。

【鉴别诊断】① 肺结核球：多见于青年人，一般病程较长，发展缓慢，病变常位于上叶尖后段或下叶背段，X 线片块影密度不均，可见钙化点，肺内常有散在的结核病灶。② 纵膈淋巴肉瘤：病情发展迅速，发热、全身淋巴结肿大，X 线片可见两侧气管旁和肺门淋巴结肿大，对放、化疗敏感，淋巴结检可不明确诊断。③ 肺部其他肿瘤：如错构瘤、纤维瘤等，一般病程较长，生长缓慢，多无症状。病灶密度均匀，边缘整齐，可有钙化点，多无分叶。

【治疗要点】治疗原则：肺癌应该综合治疗，即根据病人的机体状况、肿瘤的病理类型、侵犯范围（病理）和发展趋向，合理地、有计划地综合应用现有的治疗手段，以期较大幅度地提高治愈率和病人的生活质量。

1. 一般治疗　避免受凉，增加营养，给予高蛋白、高能力饮食，戒烟酒，保持良好的精神状态。

2. 手术治疗

（1）治疗目的：彻底切除病灶及相关的淋巴结，最大限度保留有功能的肺组织。

（2）适应证：① 诊断明确而无手术禁忌证者。② 影像检查已定位，但纤维支气管镜及痰细胞学检查均阴性者，争取进行手术探查。③ 确诊为小细胞未分化癌，可先进行一个疗程的化疗或放疗，再争取手术治疗。④ 肺癌侵犯附近组织器官，只要范围局限，尚可争取手术切除。

（3）禁忌证：① 已有远处转移，如肝、脑、肾、骨骼等转移者。② 有明显、广泛的纵膈淋巴结转移，或已有上腔静脉压迫综合征以及支气管隆突受侵犯者。③ 已有神经受侵者。④ 心肺功能极差或有重要器官疾病，不能耐受手术者。

3. 放射治疗　对小细胞肺癌敏感性较高，鳞癌次之，腺癌及细支气管肺癌最低，常采用手术后放疗，一般在术后 1 个月左右病人健康状态改善后放疗，剂量为 40～60 Gy，疗程约 6 周。为提高肺癌切除率，有些病例可在术前进行短疗程放疗。

下列情形不采用放疗：① 两肺已广泛转移。② 癌性空洞。③ 血胸。④ 严重肺气肿，照射后呼吸功能不能代偿者。⑤ 肿瘤巨大或范围广

泛，估计经照射后引起肺纤维化而呼吸功能不能代偿者。

4. 化学药物治疗　对一些分化程度低的肺癌，特别是小细胞肺癌，较为敏感，可单独应用于晚期病例，以缓解症状，或与手术、放疗等综合应用，以防止手术转移或复发，提高治愈率。

5. 治疗方法的选择

(1) 非小细胞肺癌(NSCLC)：

Ⅰ期：手术治疗，Ⅰ期腺癌术后需化疗，目前认为免疫治疗比化疗好。

Ⅱ期：手术，术后化疗，有条件者可考虑局部放疗。

Ⅲa 期：化疗后争取手术；术后放疗＋化疗；或放疗，争取手术＋化疗。

Ⅲb 期：化疗、放疗为主。

Ⅳ期：选择性化疗和一般内科治疗。

(2) 小细胞肺癌(SCLC)：

Ⅰ期：以手术治疗为主，术后辅以化疗，这部分病人治愈率可达 60%。

Ⅱ期：化疗或放疗＋手术＋化疗(新辅助治疗)能提高治愈率。

Ⅲ期：以化疗及放疗为主。

Ⅳ期：选择性化疗＋一般内科治疗。

6. 常用化疗方案

(1) MVD 方案：适用于非小细胞肺癌　第 28 日重复

丝裂霉素(MMC)　8 mg/m²
生理盐水　4 ml　｜　静脉注射　第 1、5、10 日

长春地辛(VDS)　3 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射第 1、9 日

顺铂(DDP)　120 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 1 日

警示：大剂量顺铂(80 mg/m² 以上)给药期间和治疗后 48 小时内，至少给予 3 000 ml 液体(静脉和口服)。

(2) CAD 方案：适用于非小细胞肺癌　第 28 日重复

环磷酰胺(CTX)　400 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉滴注　第 1 日

多柔比星(阿霉素，ADM)　40 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第 1 日

顺铂(DDP)　120 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 1 日

(3) ND方案：适用于非小细胞肺癌　每4周为1疗程

药物	剂量	用法
长春瑞滨(NVB)	25～30 mg/m^2	静脉注射
生理盐水	40 ml	第1、8、15、22、29日
顺铂(DDP)	120 mg/m^2	
生理盐水	500 ml	静脉滴注　第1、29日

(4) PC方案：适用于非小细胞肺癌

药物	剂量	用法
紫杉醇(PTX)	135～175 mg/m^2	静脉滴注　第1日
5%葡萄糖注射液	500 ml	第21日重复
卡铂(CBDCA)	300～400 mg/m^2	
5%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注　第2日

紫杉醇治疗前需预处理，应用地塞米松(DXM)20 mg口服化疗前12小时，6小时；苯海拉明50 mg静脉注射化疗前30～60分钟；雷尼替丁50 mg，静脉注射，化疗前30～60分钟。

(5) CAV方案：适用于小细胞肺癌　第21日重复　可门诊使用

药物	剂量	用法
环磷酰胺(CTX)	800 mg/m^2	
生理盐水	60 ml	静脉注射　第1日
多柔比星(阿霉素，ADM)	50 mg/m^2	
生理盐水	50 ml	静脉注射　第1日
长春新碱(VCR)	2 mg/m^2	
生理盐水	40 ml	静脉注射　第1日

多柔比星禁忌证：① 对本药过敏者。② 心脏疾病伴心肺功能不全者。③ 明显感染或发热者。④ 恶病质者。⑤ 胃肠道梗阻者。⑥ 明显黄疸或肝功能损害者。⑦ 水痘或带状疱疹患者。⑧ 哺乳及妊娠妇女，尤其在妊娠初期3个月内。

(6) VP方案适用于小细胞肺癌　每21～28日重复

足叶乙苷(VP-16)　200 mg　口服第1～5日

VP-16禁忌证：① 对本药过敏者。② 白细胞和血小板明显减少者。③ 心、肝、肾功能严重不全者。④ 孕妇及哺乳期妇女。

【注意事项】① 肺癌的早期诊断、早期治疗至关重要，诊断肺癌坚持以X线检查和肿瘤标志物的检查做筛查，以CT、MRI、纤维支气管镜、经皮肺穿刺活检等明确诊断。早期以手术治疗为主，关于手术禁忌证并不是一成不变的，随着医疗技术的进步，争取和创造手术的机会越多。② 临床分期检查精确性虽逊于手术分期、病理分期，但可以较早确定原发灶大小、病变范围和有无肺外器官转移，故临床分期对选择治疗方案，具有决定性作用。③ 近年应用生物靶治疗药：吉非替尼、Tarceva、Avastin、bevacizumab、bufotanine等药已应用于临床治疗非小细胞肺癌。

二、食管癌

食管癌是指发生于食管的恶性肿瘤，常见的是鳞状上皮癌（鳞癌），腺癌较少。我国是食管癌的高发国家，又是食管癌死亡率最高的国家之一。食管癌的发生原因尚不清楚，但发现与长期吸烟、饮酒等有关。食用高亚硝胺的食品如酸菜、鱼露、虾酱、咸菜、萝卜干等腌制食品、霉变食品（含黄曲霉毒素），均能导致癌变。此外，微量元素如钼、铜、钴、锰等在土壤和水中的含量低，亦可能导致癌变。

【诊断要点】① 有嗜酒、吸烟、吃泡菜、情绪改变等病史，以及家族中有人患本病者。② 临床表现早期为进食后的不适、摩擦感、停留感；中期逐步出现吞咽困难，直至滴水不进，病人消瘦、脱水；晚期出现声嘶或气管穿孔，恶病质、腹水、呕血等症状。③ 年龄在 40 岁以上。④ 鳞状上皮细胞抗原（SCCA）的浓度随病情加重而增加，如在复查中逐步升高常提示病情在发展。食管脱落细胞检查可发现癌细胞。⑤ 上消化道钡透（GI）是检查食管癌的主要手段，内窥镜检查可作为进一步了解癌细胞类型的主要手段，能为治疗提供客观依据，这两种方法应列入常规检查。食管内镜超声检查（EUS）目前尚未能广泛开展，但今后此项检查可能将逐步增多。

【鉴别诊断】① 贲门痉挛：本症为功能性改变，多见于青年女性，咽下困难可长达数年，进流食有困难，吃稍硬之固体食物反而比较容易。X 线钡餐检查可见食管异常扩张，贲门处狭窄，边缘光滑呈鸟嘴状。② 慢性食管炎：此病与年龄无关，可有吞咽时刮伤食管黏膜的历史，或见于经常反酸之患者。常有咽下疼痛，但无明显梗阻，食管镜检查可见食管黏膜红肿，X 线钡餐检查无异常发现。③ 食管良性肿瘤：极为罕见，青年男性多见，主要有食管平滑肌瘤、食管神经纤维瘤、食管嗜铬细胞瘤、食管息肉、食管纤维瘤和血管瘤等，X 线检查和活组织检查可帮助鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据肿瘤的部位、分期、病人的全身情况决定治疗方案。

1. 治疗方法的选择　食管癌的早、中期病例均采取以手术为主、适当结合放疗和化疗；晚期食管癌病例应以化疗、放疗为主，亦可以结合手术治疗；放射治疗可以作为手术治疗的替代和补充，而与化疗的联合应用，常用于食管癌的手术前降低临床分期治疗、胸上段和颈段食管癌相对根治性治疗和晚期食管癌病例的减肿瘤负荷治疗；对于不能接受化疗者，放射治疗也可单独应用于上述治疗中，食管癌的放射治疗以外照射为主，腔内治疗仅能作为外照射的辅助治疗手段，不能单独应用。

2. 内镜介入治疗　是近年来食管癌诊治的进展之一，常用的主要方法有：内镜下黏膜切除术（EMR）、内镜下消融术、单纯扩张术、食管内支

架置放术、光动力治疗及内镜下化疗及内镜下化疗药物肿瘤内注射术等，取得了一定的效果。

3. 化学治疗

(1) CF 方案：适用于局部或晚期食管癌　第 28 日重复

顺铂(DDP)　20 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 1 日

氟尿嘧啶(5-FU)　750 mg/m²
生理盐水　20 ml　｜　静脉注射　第 1～5 日

(2) CF+放疗方案：适用于局限性晚期食管鳞癌或腺癌

放疗 5 000CGY 和化疗同步

(3) PDF 方案：适于晚期食管鳞癌　第 28 日重复

紫杉醇(PTX)　175 mg/m²
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　第 1 日

顺铂(DDP)　20 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 1～5 日

氟尿嘧啶(5-FU)　750 mg/m²
生理盐水　20 ml　｜　连续静脉注射　第 1～5 日

(4) PD 方案：适用于晚期食管鳞癌　第 14 日重复

紫杉醇(PTX)　90 mg/m²
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　第 1 日

顺铂(DDP)　50 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 1 日

【注意事项】① 新近诊断的病人应该询问详细的病史和做全面的体格检查，以及上消化道的内镜检查，同时必须有组织病理学确认；内镜下不能观察上消化道的病人应进行上消化道的气钡双重造影检查，还应做全血细胞计数、血生化检查、肿瘤标志物检查及胸腹部 CT。② 食管癌的一级预防：包括注意饮食，加强粮食保管，防霉去毒，食用新鲜蔬菜水果，改变不良饮食习惯，服用维生素 C，以减少胃内亚硝胺形成，切实做好对食管癌早查、早诊、早治。③ 食管癌一旦出现症状，而未经治疗，一般在 1 年内死亡，近代采取的综合治理措施，可使生存期有所延长，但位于食管上段，病变>5 cm，已侵犯肌层，分化程度差的，预后不良。

手术治疗是本病的主要治疗方法。① 手术适应证：本病 0 期、Ⅰ期、Ⅱ期病人，上段癌在 3 cm 以下，中段癌在 5 cm 以下。对中期内Ⅲ期，即中上段在 5 cm 以上，无明显转移，估计切除的可能性不大，而病人全身情况良好者，可先放疗 1 个月，待肿块缩小后再手术。② 手术禁忌证：病人呈恶病质或有严重的心、肝、肾功能不全，病灶范围大，且有明显的外侵或穿

孔;已有远处转移。

三、胃癌

胃癌是指发生于胃部的恶性肿瘤,是我国常见的恶性肿瘤之一,占消化道恶性肿瘤的1/2。

【诊断要点】① 年龄在40岁以上。② 具有上腹不适、消化不良、呕吐、食欲减退、体重明显下降者,对有消化性溃疡病史的,其腹部疼痛的节律和性质发生改变,治疗后症状缓解而又于短期内复发者。③ 大便隐血试验持续阳性。④ X线钡透可见局部胃壁强直、皱襞中断、蠕动波消失后充盈缺损、龛影边缘不整齐出现"环堤征"等改变。⑤ 胃镜检查胃镜黏膜活检阳性者。⑥ CA72-4、CA19-9、CEA阳性者,尤以CA72-4阳性对诊断价值更大。⑦ 染色内镜或超声内镜阳性者。⑧ CT检查有阳性征象。

【鉴别诊断】胃溃疡与胃癌的鉴别见表12-1-1。

表12-1-1 胃溃疡与胃癌的鉴别

	胃溃疡	胃癌
发病年龄	中青年常见	中老年常见
病史	有"胃病"屡发史	有消化性溃疡病史
上腹痛	疼痛有规律,进食后疼痛缓解,用制酸剂后疼痛缓解	无规律,进食后疼痛加剧,制酸剂不能缓解疼痛
呕吐	呕吐较少见	早期出现呕吐
食欲	无明显改变	食欲不振或减退
气钡双重造影	溃疡较小(<2 cm),黏膜皱襞呈放射状	溃疡较大(>2.5 cm),不呈放射状
胃镜组织学检查	良性溃疡	可见癌变

此外,超声内镜、内镜下活体染色技术都能提高鉴别能力。

【治疗要点】治疗原则:早期诊断,早期手术,综合治疗。

1. 治疗方法的选择 胃癌治疗首选手术切除。早期胃癌且不伴有任何转移灶者单纯手术治疗可获痊愈。有淋巴结转移的早期癌及进展期胃癌,内科治疗占有重要地位。晚期胃癌(不能手术,姑息手术及术后复发转移者)内科治疗则居主导地位。晚期胃癌是以化疗为主的综合治疗,目前虽然近期有效率有所提高,但有效缓解期延长不满意,生活质量改善不理想,生存期延长不明显。胃癌术后辅助化疗可以提高5年生存率,内科治疗包括化学治疗、生物治疗、中药治疗、支持疗法等。放疗仍可考虑。

2. 化疗　适用于手术前、中、后的辅助治疗或晚期不能手术者。进展期胃癌，单纯手术治疗效果差，化疗是胃癌综合治疗的重要手段之一。化疗方案主要有：

(1) CAPE(希罗达)　1 657 mg/(m^2 · d)　服 3 周停 1 周或服 2 周停 1 周

单一用药只用于早期需化疗病人，或不能承受联合化疗的年老体弱者

(2) VCF 方案：适用于胃癌中期　每 28 日重复

足叶乙苷(VP－16)　120 mg/m^2
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 1～3 日

醛氢叶酸(CF)　200 mg/m^2
5%葡萄糖注射液　250 ml　｜　静脉滴注　第 1～3 日

氟尿嘧啶(5－FU)　500 mg/m^2
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　第 1～3 日

(3) VAD 方案：适用于胃癌中晚期　每 28 日重复

足叶乙苷(VP－16)　120 mg/m^2
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 4～6 日

多柔比星(阿霉素，ADM)　20 mg/m^2
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第 4～7 日

顺铂(DDP)　40 mg/m^2
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 2、8 日

警示：禁用于 65 岁以上老年人和有心脏病、肾功能不全者。

(4) DCF 治疗方案：适用于胃癌中晚期　每 28 日重复

顺铂(DDP)　20 mg/m^2
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第 1～5 日

醛氢叶酸(CF)　20 mg/m^2　｜　静脉滴注　第 1～5 日
5%葡萄糖注射液　250 ml　｜　(应先于 5－FU 给药)

氟尿嘧啶(5－FU)　1 000 mg/m^2
生理盐水　20 ml　｜　静脉注射　第 1～5 日

(5) OCF 方案：适用于胃癌晚期　每 2 周重复

奥沙利铂(OXA)　100 mg/m^2
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注(2 小时滴完)　第 1 日

醛氢叶酸(CF)　200 mg/m^2　｜　静脉滴注(2 小时滴完)
5%葡萄糖注射液　250 ml　｜　第 1～2 日

氟尿嘧啶(5－FU)　400 mg/m^2
生理盐水　20 ml　｜　静脉注射　第 1～2 日

警示：治疗期间禁止用糖皮质激素(用于止吐、抗过敏者除外)，因低温可以致喉痉挛，故不得用冰水漱口(包括服食冰冷食物)。

【注意事项】① 癌性腹水的处理：晚期胃癌腹膜种植转移，产生腹水，腹腔注入抗癌药局部浓度大于血浆浓度，达 20 倍以上，因之全身反应轻，局部抗癌作用强，可于手术时保留插管或腹腔穿刺注药，常用药物有 DDP 100～150 mg(最大量不超过 200 mg)，HCPT 20～30 mg，5 - FU 1 000～2 000 mg。可以 2～3 种联合用药，控制腹水还可采用生物反应调节剂，如香菇多糖，白介素-2 等，每周 1 次同时配合利尿应用。② 胃癌术后辅助化疗结束后，2 年内每隔 3～4 个月应全面复查 1 次，包括体检、检测肿瘤相关标志物(CEA，CA19 - 9，CA72 - 4 等)、X 线胸片、B 超等。5 年内每半年应全面复查 1 次。

四、 原发性肝癌

原发性肝癌(肝癌)是指发生于肝细胞或肝内胆管细胞的恶性肿瘤，为我国最常见、死亡率最高的恶性肿瘤之一。

【诊断要点】① 有乙肝、嗜酒成癖或接触黄曲霉素类及含亚硝胺类食品等的病史。② 有乏力、消瘦、食欲不振、腹胀、发热、肝区疼痛、肝肿大、肝脏表面不平有压痛，晚期可出现黄疸、腹水、下肢水肿、呕血、肝性脑病等临床表现。③ 甲胎蛋白(AFP)：AFP>1 200 ug/L，是诊断肝癌的可靠依据，其增高程度与肿瘤大小呈正相关，治疗有效后可下降，若高 AFP 突然急剧下降，常为恶化的预兆。AFP 在妊娠及其他肝脏占位性病变亦可轻度升高，常低于 100 ug/L，应注意排除。AFP 有扁豆凝集素(LCA)结合型和非结合型两种异质体，肝癌结合型比值高于 25%，良性肝病常低于 25%，异质体检查可作为良、恶性鉴别的参考依据。④ 血清岩藻糖苷酶(AFU)：可作为肝癌的早期诊断参考指标和疗效监测指标，阳性高于 500 mmol/(ml · h)，常与 AFP 联合监测，两者分别从不同角度提示原发性肝癌的诊断。⑤ 酸性铁蛋白(AIF)：阳性率高达 75%～90%，特别 AFP 阴性或轻度升高的肝癌阳性率高达 70%～85%，对小肝癌阳性率高达 70%，具早期诊断价值。⑥ 异常凝血酶原(AP)：适用于 AFP 阴性而又高度怀疑肝癌者，并可作为原发性与继发性肝癌的鉴别依据，前者显著高于后者。⑦ 典型的原发性肝癌影像学改变：B 超可发现肝内 2 cm 左右病变，CT 可发现 1 cm 左右的病变。⑧ 远处有明确的转移灶，或有血性腹水，或在腹水中找到癌细胞。⑨ 有组织学证据。

【鉴别诊断】① 继发性肝癌：大多为多发性结节，常继发于结肠癌、胃癌、肺癌、胰腺癌、AFP 多呈阴性。② 肝硬化、肝炎：原发性肝癌常发生在肝硬化基础上，两者鉴别常有困难，鉴别在于详细询问病史、体格检

查、实验室检查。肝硬化病情发展较慢有反复，肝功能损害较显著，AFP阳性常提示癌变，肝硬化偶有AFP"一过性"升高，但ALT明显升高，肝癌AFP持续升高，与ALT下降呈曲线分离现象。AFP异质体LCA非结合型含量>75%，提示转移性肝癌。③ 肝脓肿：发热、肝区疼痛，压痛明显，反复多次，超声检查可发现脓肿的液性暗区。超声导引下诊断性肝穿刺，有助于确诊。

【治疗要点】治疗原则：能手术者尽量采取手术切除。早期手术切除仍是目前根治原发性肝癌的最佳选择。凡有手术指征者均应不失时机争取手术切除。

1. 治疗方法选择　放射治疗，近年来在技术上采用局部或半肝移动条野照射，一些病灶较为局限、肝功能较好的早期病例，如能耐受40 Gy以上的放射剂量，疗效可显著提高。化学药物治疗多选用肝动脉插管化疗、肝动脉栓塞或化疗栓塞。生物和免疫治疗，在手术切除或化疗、放疗杀灭大量癌细胞后，应用生物免疫治疗可起巩固和增强疗效的作用。晚期肝癌以中草药为主的中西综合治疗可望改善症状延长生存期。导向治疗已取得初步成功，基因治疗前景在望。姑息性外科治疗适用于肿块较大或散在分布，或靠近大血管区或合并肝硬化，而无法切除者，方法有肝动脉结扎，肝动脉插管化疗，冷冻、激光、微波治疗，术中肝动脉栓塞，或无水酒精瘤内注射等。

2. 化疗方案

(1) FI方案：适用于晚期肝癌　每14日重复

氟尿嘧啶(5-FU)　750 mg/m^2
生理盐水　20 ml　｜　静脉注射　第1～5日

干扰素(IFN)　(1～6)×10^6 IU/m^2
生理盐水　2 ml　｜　肌内注射，第1、3、5日

或　多柔比星(阿霉素ADM)　60 mg/m^2
生理盐水　50 ml　｜　静脉注射　第21日重复

(2) VT方案：适用于晚期肝癌

足叶乙苷(VP-16)　50 mg/m^2　口服　第3～23日

他莫昔芬(三苯氧胺，TX)　20 mg/m^2　口服　每日2次　第1～23日

警示：TX慎用于视力障碍、妊娠期妇女、肝肾功能不全者，用药期间定期复查肝功能、血象及ER(雌激素受体)水平。

【注意事项】① AFP的动态观察，对诊断本病具有一定的价值，如能结合AFU(a-L-岩藻糖苷酶)、B超、CT可帮助明确诊断，并具有一定的疗效监测作用。若AFP升高，而影响血检查未见包块，应3个月随访一

次，密切观察病情变化。② 本病预后较差，早期病人如能及时治疗，效果尚好。肝癌的预后与肿瘤大小、治疗方法、肿瘤的生物特性密切相关，直径<5 cm 能早期切除者，包膜完整无癌栓形成者，机体免疫状态良好者预后良好，有严重合并症或 ALT 明显升高者预后较差。③ 对慢性乙型肝炎患者应严密观察，定期复查，必要时应做 AFP、AFU 及肝 B 超检查。

五、 胰腺癌

胰腺癌是指发生于胰腺的恶性肿瘤，约 2/3 发生在胰头部，其余位于体、尾部，少数波及全胰。其发病虽相对较少，但近些年有逐年增加的趋势。由于其恶性程度高、进展快、预后极差，而备受社会的关注。

【诊断要点】① 年龄在 40 岁以上。② 进行性阻塞性黄疸，血清总胆素持续增加。③ 临床主要表现为不明原因及部位不清的与体位有关的腹痛、腰背痛、消瘦、黄疸、胆囊肿大血糖升高及脂肪泻等。④ 不能解释的体重减轻。⑤ B超、CT、超声内镜有 1 项或 2 项提示阳性改变者。⑥ CA19-9、CA50、CEA 阳性者。

【鉴别诊断】① 胰腺炎：有暴饮暴食者，发作急、血白细胞升高，血尿淀粉酶升高，腹部 X 线平片发现胰腺钙化点对诊断慢性胰腺炎有帮助，细针穿刺作胰腺活检有助于鉴别。② 各种慢性胃部疾病：有上腹痛，多与饮食有关，黄疸少见，X 线钡餐检查及内镜检查，有助于鉴别。③ 胆石症、胆囊炎：肝胆 B 超、病史、黄疸消退快及全身状况等有助于鉴别。

【治疗要点】治疗原则：手术治疗是胰腺癌“治疗”的最佳选择。早期胰腺癌应争取做根治术，对无法作根治性切除者应酌情进行姑息性手术，分流胆汁或解除肠道梗阻，术后均应进行化疗或辅以放疗。中晚期胰腺癌则应以放疗、化疗为主。

1. 放疗　可采用二野或三野，用^{60}Co 或加速器经 TPS 处理，总量为 3 400～5 500 Gy，治疗统计中位生存期 7 个月。术中放疗用 10～20 MV 高能电子束，在充分显露肿物，尽可能照射肿瘤，准确将相应限光筒置于肿瘤上，术中一次大剂量照射 15 个 25 Gy，照射时间约 4～6 分钟。体外放疗主要用于术前及术后（包括术中照射后的体外追加放疗），也用于晚期胰腺癌已不宜手术的姑息性治疗。

2. 内分泌治疗　常用他莫昔芬（三苯氧胺），有报道称使用后使平均生存期从 3 个月延长到 9 个月。

他莫昔芬　10 mg　口服　每日 2 次　连服 4 周

3. 基因治疗　目前采用的靶基因有：自杀基因、反义基因、抑癌基因和免疫基因，单纯疱疹病毒胸苷激酶基因系统是较为成熟的一种。

4. 内镜治疗　经 ERCP 置入胆管或胰管支架可以减轻症状，是晚期

不宜手术病人的最佳姑息疗法之一。

5. 化疗　常规的化疗往往疗效不理想，常用药物 5-FU、MMC、ADM、IFO、TAX、PDD 及 HCPT。联合化疗治疗胰腺癌，其近期疗效比单一化疗药物治疗的疗效为高，但对生存期的延长不理想。

(1) 5-FU 单药每周治疗方案：适用于本症的中晚期

氟尿嘧啶(5-FU)	600 mg/m^2	
生理盐水	20 ml	静脉注射　每周 1 次　连用 6 周

(2) 双氟胞苷(Gemzar)单药每周治疗方案：适用于本病中晚期

双氟胞苷(Gemzar)	1 000 mg/m^2	静脉滴注
生理盐水	100 ml	每周 1 次，连用 7 周

(3) GD 方案适用于本病中晚期　每 28 天重复

双氟胞苷(Gemzar)	800～1 000 mg/m^2	静脉注射 30 分钟
生理盐水	40 ml	第 1、8、15 日
顺铂(DDP)	30 mg/m^2	
生理盐水	500 ml	静脉滴注　第 4、8 日

【注意事项】① 由于早期诊断率不高，一旦明确诊断，一般已扩散。② 本病预后差，基层医疗单位应及时转诊。③ 手术治疗由于创伤大，出血多，并发症多，做好围手术期的处理极为重要，术前要改善全身状况，纠正低蛋白血症，控制糖尿病等。

六、 大肠癌

大肠癌是指发生于结肠、直肠、肛管处的恶性肿瘤，分别称为结肠癌、直肠癌和肛管癌。是常见的恶性肿瘤之一，我国近些年来发病率呈上升趋势。由于早期症状常被忽视，故多数患者一旦确诊即已是晚期，病因尚未确定。

【诊断要点】① 年龄在 40 岁以上。② 有肠腺瘤、慢性结肠炎及肿瘤家族史。③ 具有肿瘤出血引起的症状，如便血、贫血等。④ 具有肿瘤阻塞引起的症状，如腹部肿块、腹痛、排便困难、粪便变细等。⑤ 具有继发炎症引起的症状，如发热、黏液便等。⑥ 具有肿瘤转移引起的症状，如邻近脏器出现包块、出血、腹水等。⑦ 癌胚抗原(CEA)阳性。⑧ 大便隐血(OB)持续阳性。⑨ 直肠、肛门指检发现肿块，脱落细胞阳性。⑩ 内镜检查有阳性发现。⑪ 直肠内超声扫描有阳性发现。⑫ 影像检查有阳性发现。⑬ 病理检查能为确诊提供可靠的依据，并能为分型和治疗提供重要的参考依据。

【鉴别诊断】右侧大肠癌应注意与肠阿米巴、肠结核、血吸虫病、阑尾病变、克罗恩病变相鉴别。左侧大肠癌须和痔、功能性便秘、慢性细菌性痢疾、血吸虫病、溃疡性结肠炎、直肠息肉等病相鉴别。

【治疗要点】治疗原则：早期诊断，争取手术治疗，并进行综合治疗。

1. 治疗方法的选择　应以手术治疗为主，早期病例可单纯手术治疗；中、晚期病例均应辅以化疗、放疗及生物治疗，可提高生存率，减少复发，改善生活质量，由于早期诊断较困难，约有 2/3 以上的病人不能单靠手术达到治愈，而根治术＋术后辅助治疗可治愈 45％的病人，因此大肠癌的化学治疗一直是肿瘤内科治疗的一个研究热点。氟尿嘧啶现为大肠癌标准化疗的基础，其疗效与病灶部位有关。联合化疗具有提高疗效、降低或延缓耐药性等优点，更受到重视。一般情况不适宜或不愿意接受手术治疗的可切除的大肠癌时转移患者可考虑射频消融治疗。

2. 化疗方案

(1) UC 方案：每用药 2～4 周，休 1 周，适用于本症中晚期

优福定(复方尿嘧啶 UFT)　300～400 mg/m^2　口服　连续 14 日或 28 日

醛氢叶酸(CF)　30～60 mg/m^2　口服　连续 14 日或 28 日

警示：UFT 慎用于胃溃疡、肝功能损害、妊娠及骨髓抑制者，过敏者禁用。用药期间应复查出凝血机制，必要时复查骨髓象。

(2) OCF 方案(2 周方案)：第 14 天重复，适用于本症各期

药物	剂量	用法
草酸铂(OXA)	85 mg/m^2	静脉滴注　第 1 日
5％葡萄糖注射液	500 ml	
醛氢叶酸(CF)	200 mg/m^2	静脉滴注　第 1～2 日
5％葡萄糖注射液	250 ml	
氟尿嘧啶(5-FU)	400 mg/m^2	静脉注射　第 1～2 日
生理盐水	40 ml	

【注意事项】① 对便血病人应注意追查病史，长期便血的老年病人应注意检查肿瘤标志物，必要时应作纤维肠镜检查。② 早期手术一般预后尚好；晚期手术，可能影响生活质量，如肛门改道，甚至于出现转移、死亡。③ 卫生部颁布的 2010 年版《结直肠癌诊疗规范》阐述详细，应认真贯彻执行。

七、肾癌

肾癌是指发生于肾脏的恶性肿瘤，以肾细胞癌最为常见，其次为肾盂移行细胞癌和肾母细胞癌，发病率在泌尿系统的癌肿中仅次于膀胱癌。肾癌好发年龄为 45～60 岁，肾肉瘤好发于中青年，肾母细胞癌多发于婴儿及儿童。

【治疗要点】① 中老年男性。② 其有无痛性血尿、腰痛、肾脏部位肿块、发热、贫血等症状。③ 镜下血尿或肉眼血尿。④ 尿脱落细胞阳性。⑤ 逆行肾盂造影，可见外形不规整厚大，出现蜘蛛足、肾盂输尿管移位

等。⑥ 输尿管镜检查的阳性发现。⑦ 经皮肾镜发现阳性改变。⑧ 肿瘤标志物检查可能为阳性或增高。可作为参考指标。

【鉴别诊断】与泌尿系其他肿瘤的鉴别，主要通过膀胱镜检查，泌尿系造影、超声显像、CT 及 MRI 检查。如双肾肿大、血尿、腰痛时，多为多囊尿。

【治疗要点】治疗原则：早期诊断，早期手术治疗。

1. 治疗方法选择　肾癌的治疗主要是手术切除，放射治疗、化学治疗、免疫治疗等效果不理想，亦不肯定，有统计肾癌配合放疗对 5 年生存率无影响。

早、中期：以手术治疗为主，最好能做根治性肾切除。

中、晚期：手术切除常不能彻底，可加放疗，以强化治疗效果。

晚期：免疫治疗，使用甲羟孕酮（安宫黄体酮）、丙酸睾酮、羟基孕酮等，能减轻症状，延长生存期。

2. 生物治疗　适用于肾癌中晚期，每 28 日重复

干扰素（1FN）　40 万 U　皮下注射　每日 1 次　共 28 日

IL－2（重组人白细胞介素）　2 000 U　肌内注射　每日 1 次　10 次为 1 个疗程，间隔 1 周可重复使用，连用 2～3 个疗程。

3. 化疗方案：

(1) 氟尿嘧啶（5－FU）　600 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第 1～5 日

(2) VPMC 方案：适用于高度恶性肾细胞癌

长春碱（VLB）　3 mg/m²　静脉注射　第 1 日

培洛霉素（PEP）　10 mg　肌内注射　第 1 日

甲氨蝶呤（MTZ）　500 mg/m²　静脉滴注持续 6 小时　第 1 日

甲酰四氢叶酸钙（CF）　15 mg　口服　起始 24 小时内每小时 8 次，接着 48 小时内，6 小时 8 次充分补液并给小苏打以碱化尿，每 3 周重复 1 次。

(3) ADMV 方案：适用于转移性肾细胞癌　每 4 周重复

阿霉素（ADM）　30 mg/m²　静脉注射　第 2 日

顺铂（DDP）　60 mg/m²　静脉滴注　第 2 日

甲氨蝶岭（MTX）　30 mg/m²　静脉滴注　第 1、15、22 日

长春新碱（VCR）　3 mg/m²　静脉注射　第 2、15、22 日

【注意事项】① 肾癌的化疗效果不理想，单用化疗药物治疗效果更差。只作为晚期的辅助治疗。主要选用多柔比星（阿霉素）、优福定、长春碱、甲氨蝶呤、顺铂、长春新碱、氟尿嘧啶、丝裂霉素、司莫司汀等。免疫治疗对转移癌效果优于放疗和化疗。② 对无痛性血尿病人，特别是中老血尿病人如不能确定病因，必须考虑及时进行影像学检查，以便及早诊断。

③ 一旦确诊首选手术治疗，最好能行根治肾切除，术中线结扎肾蒂血管可减少出血和扩散，静脉内癌栓应同时取出。术前行肾动脉栓塞法治疗可减少术中出血。

八、膀胱癌

膀胱癌是指发生于膀胱的恶性肿瘤，是尿路上皮性肿瘤，在发达国家，居男性泌尿生殖系统肿瘤的第 2 位，在我国占首位。其病因尚不清楚，可能与接触苯胺类染料有关。90%为移行细胞癌，其他依次为鳞癌、腺癌、未分化癌，预后较差。

【诊断要点】① 40 岁以上，男性发病率高于女性。② 具有无痛性、间歇性、全程性血尿及膀胱刺激症状，或排尿困难、尿潴留，或排出过腐肉者。③ TPA、CEA 增高尤以 TPA 增高明显者。④ 膀胱造影可见局部大小不等、形态各异的充盈缺损，大多轮廓不规则，基底较宽，外缘不规整。⑤ B超可见结节状、乳头状或菜花状，中等强度回声团突向膀胱内，瘤体深入膀胱者可见壁增厚、回声增强、层次模糊、局部回声中断。⑥ 膀胱镜的阳性发现，活组织检查发现膀胱癌的典型病理改变。⑦ 流式细胞术的阳性结果。⑧ 单克隆抗体阳性。⑨ CT 见广基或带蒂的软组织肿块突入膀胱腔内，膀胱壁局限性或弥漫性增厚。⑩ 光敏技术的阳性结果。

【鉴别诊断】① 膀胱炎：发热、下腹痛、尿频、尿急、尿脓、尿血，呈急性发病，抗生素治疗有显效，无腐肉排出，B 超及膀胱镜检查阴性。② 前列腺增生：年龄较大，呈进行性加重，前列腺按摩及 B 超检查可确诊。

【治疗原则】治疗原则：争取早期手术，视不同的病理及临床过程分别采取不同的治疗方案。

1. 治疗方法的选择　对于表浅的膀胱肿瘤可采用经尿道切除(TURBt)或电灼。分期在 T_2 以内，肿瘤直径在 2 cm 以内均是 TURBt 的适应证。多发的肿瘤可分次切除。TURBt 方法无切口，可反复进行；对病人损伤小，术后恢复快，在当前国内外普遍被采用，几乎可以取代膀胱部分切除术。国外并有报告 TURBt 效果优于膀胱部分切除术。TURBt 总的 5 年生存率约为 70%，只有 10%～15%发展为浸润性癌而需积极治疗。

2. 药物治疗　经尿道切除肿瘤后 2/3 病例发生复发。目前一般都采用膀胱内药物灌注作为预防复发。所用药物常用的有卡介苗(BCG)，丝裂霉素或阿霉素等，其中 BCG 效果最好。过去常用噻替哌，效果不够满意，而且有骨髓抑制的并发症，现在多不采用。

(1) 单一 MMC 方案：适用于低度恶性膀胱癌，直径<1 cm 浅表癌

丝裂霉素(MMC)20 mg＋生理盐水 20 ml，注入膀胱(注入后忍耐 3 小时不排尿)，每周 3 次，共 20 次

(2) 单一 ADM 方案：适用于低度恶性的多发性乳头状癌，直径＞3 cm 单发的乳头状癌

多柔比星(阿霉素，ADM)50 mg＋30 mg 生理盐水，注入膀胱(膀胱内保留 2 小时)，每日 1 次，连续注入 3 日，休息 4 日为 1 疗程，共 2～3 疗程

(3) IFN 方案：适用于本病晚期

干扰素(IFN)　100 万 U　每周 1 次×8 周(具体剂量可个体化)有效率 74%

DMV 方案：适用于老年或有心脏疾患的晚期移行细胞癌病人　21 日重复

药物	剂量	用法
顺铂(DDP) 生理盐水	75 mg/m² 500 ml	静脉滴注　第 1 日
甲氨蝶呤(MTX) 生理盐水	30 mg/m² 40 ml	静脉注射　第 1、8 日
长春新碱(VCR) 生理盐水	4 mg/m² 40 ml	静脉注射　第 1、8 日

【注意事项】① 本病发病率高，预后较差，对生活质量影响较大，应予重视早期诊断，早期治疗。② 本组抗癌药物不能以葡萄糖液稀释。③ 本病的治疗首选手术。治疗原则上 T_0、T_1、局限的 T_1 期肿瘤可采用保留膀胱的手术；多发的、较大的、反复复发以及 T_2、T_3 期肿瘤，应行膀胱全切除术，术后可行放疗或化疗。本病术后复发率高，保留膀胱的 2 年以内复发率占半数。因此任何保留膀胱的手术后病人都应随访，每 3 个月做膀胱镜检查 1 次，1 年无复发者酌情延长复查时间。

九、 前列腺癌

前列腺癌是指发生于前列腺的恶性肿瘤，是男性生殖系统常见的恶性肿瘤，我国的发病率略低于欧美国家，但近 20 年来也呈上升趋势。前列腺癌病因尚未完全清楚，其发病可能与性激素，饮用咖啡、酒类，环境污染及淋球菌感染等有关。由于本病常原发于前列腺的外周带，只有当增大至可触及的结节，在常规肛门指诊时才被发现。原发于移行带的癌往往与前列腺增生伴发，易漏诊。

【诊断要点】① 年龄在 50 岁以上的老年男性。② 具有尿频、排尿困难、血尿、尿潴留、腰痛、骨痛等临床症状。③ EPS(按摩前列腺液置于消毒容器内)检查发现癌细胞。④ 前列腺特异性抗原(PSA)、酸性磷酸酶(ACP)、前列腺酸性磷酸酶(PAP)显著增高。⑤ B超，特别是直肠前列腺 B 超的阳性发现。⑥ 直肠指诊的阳性发现。⑦ 前列腺活检阳性。

【鉴别诊断】注意与前列腺增生鉴别，通过 PSA、ACP、PAP 的检测及

活检不难鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据病变情况，采取相应的治疗措施。

1. 治疗方法选择　前列腺癌的治疗可分为手术治疗、放射治疗、内分泌治疗和化学治疗。主要根据肿瘤分期选用各种方法。I_1期是前列腺增生手术时偶然发现的癌，病变局限在3个高倍视野以内，多数分化良好，大部分病人病情稳定，约2/3不作治疗者病变可缓慢发展，仅有1%左右可能死于癌。由于其预后良好，一般不主张行前列腺根治术或放射治疗、内分泌治疗。应定期随诊，行直肠指诊和B超检查，测定血酸性磷酸酶。I_2期不作治疗者35%可扩展，应考虑行前列腺根治或放射治疗。Ⅱ期前列腺癌应行根治性前列腺切除术。II_1期多数分化较好。II_1期根治术后15年无癌生存者25%，因此有主张同时进行放疗。Ⅲ期治疗比较困难，半数盆腔淋巴结已有转移，一般Ⅲ期行根治手术者必须配合放疗或内分泌治疗。Ⅳ期主要用放疗，内分泌和化学治疗。

2. 化疗方案

(1) MP方案：每21日重复　适用于内分泌治疗无效的本病病人

米托蒽醌(MIT)　12 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第1日

泼尼松(PDN)　5 mg　口服　每日2次

(2) CFD方案：每21日重复　适用于转移性激素抗拒性前列腺癌，有效率41%

环磷酰胺(CTX)　500 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第1日

氟尿嘧啶(5-FU)　500 mg/m²
生理盐水　20 ml　｜　缓慢静脉注射　第1日

顺铂(DDP)　50 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜　静脉滴注　第1日

(3) VE方案：每28日重复　口服应用　适用于老年及行走不便的本病病人

足叶乙苷(VP-16)　50 mg/m²　口服　每日1次　共21日

雌二醇氮芥(EM)　15 mg/m²　口服　每日1次　共21日

3. 内分泌治疗　适用于本症中晚期，结合雌激素1.25～2.5 mg，口服每日3次，使用本品易导致头痛、抑郁、高凝状态及体液潴留，应密切观察病情变化。

4. 放疗　适用于本病中晚期。

5. 手术治疗　适用于本病早中期，术后应配合内分泌治疗或放疗。

【注意事项】① 雌二醇氮芥与泼尼氮芥合用对前列腺癌有较好的疗

效。② 雌二醇氮芥用于防治癌前变时，最好同时用维生素 B_{12} 或肝制剂，且需长期用药。③ 前列腺癌可分为四期，Ⅰ期常在前列腺增生手术时偶然发现，可以不做处理，但应密切关注。Ⅱ期为局限在前列腺包膜以内的，应积极行根治性前列腺切除，第Ⅲ、Ⅳ期已穿破包膜，或有转移可行睾丸切除术，必要时配合抗雄激素药物，如 LHRN－A 缓释剂每月或 3 个月肌内注射 1 次，已达到去睾作用。根据资料，如能及时行根治性前列腺切除加睾丸切除，预后一般尚好。

十、 乳腺癌

乳腺癌是指发生在乳腺的恶性肿瘤，是一种身体表面的恶性肿瘤，比较容易发现，占女性恶性肿瘤的第二位，98%以上的患者为女性，仅约1%～2%发生于男性。病因尚不完全清楚。最近澳大利亚研究发现人类某些乳腺癌可能与病毒有关。我国近些年来发病率明显增加，必须引起高度重视。

【诊断要点】① 具有乳腺癌发病的高危因素，如长期高脂肪饮食；第一级直系家族有患此病者；初产年龄 35 岁以上者；初潮年龄早于 13 岁者等。② 具有乳房肿块、“酒窝”征、“橘皮改变”、“卫星结节”、乳头溢液等临床表现。③ 细胞学检查阳性。④ 肿瘤标志物检查阳性，特别是 CA15－3、CEA 联合检查阳性，TPA 与 CEA 联合检测阳性。⑤ 肿块切除快速活检阳性。⑥ X线乳腺钼靶检查阳性。⑦ B超、热图像、冷光源透照阳性。⑧ CT 检查阳性。

【鉴别诊断】① 乳腺囊性增生病：此病为乳腺异常增殖症的一个病变阶段，多为年龄较大者，且易多发，有时呈索条状结节，边界不清，属于癌前病变。② 乳头状瘤：可单发，也可多发。单发者多为老年妇女，50%有血性溢液。一般多为良性，但恶病率为 6%～8%，尤其起源于乳管的乳头状瘤，应警惕其恶变的可能。③ 腺纤维瘤：好发于分泌旺盛而调节紊乱的年轻妇女，大多在 20～30 岁之间。肿块明显，边界清楚、光滑、活动、较软，并呈结节状。生长缓慢，很少有疼痛，但有恶变发生的可能。④ 乳房结核：多为胸型结核蔓延而来，可溃破，并流出干酪样脓液，常有其他结核病灶同时存在。⑤ 叶状囊肉瘤：多见于 35～40 岁者，发展较慢，肿瘤呈分叶状，部分坚硬如石，部分区域呈囊性感。瘤体常巨大，有时溃破，很少与胸壁固定，易被误诊为晚期乳腺癌，但根治术后疗效很好，转移不多见，一般以血行转移为主，偶有淋巴结转移。

【治疗要点】治疗原则：及早明确诊断，及早采取有效的治疗措施。乳腺癌是一种以局部表现为主的全身系统性疾病，受体内多种因素的影响。其治疗应包括全身和局部两部分，局部治疗的过分扩大并不能进一

步改善治疗效果。

1. 手术治疗是本病的主要治疗方法之一，其适应证为国际临床分期的Ⅰ期、Ⅱ期及部分Ⅲ期的患者，对病灶仅局限于局部及区域淋巴结的手术治疗是首选。禁忌证为已有远处转移、全身情况差、主要脏器有严重疾病及年老体弱不能耐受手术者。

2. 化疗　实体瘤中化疗是对乳腺癌比较有效的。除临床常用的一些药物如环磷酰胺、阿霉素、氟尿嘧啶和氨甲蝶呤外，新近开发的药物如诺维本、紫衫醇及希罗达等也越来越广泛地应用在乳腺癌的化疗方案中。口服的希罗达对蒽环类、紫杉类耐药的乳腺癌有 30%的缓解率，且全身毒性较轻，易被接受。自体外周血干细胞支持下的大剂量化疗可使晚期乳腺癌病人的生存期延长，但有一定的并发症和死亡率。因而，能否用加大化疗剂量来提高疗效，尚需进一步证实。

3. 放疗适应证　① 有腋中、腋上淋巴结转移者。② 阳性淋巴结与淋巴结占淋巴结总数的 1/2 以上或有 4 个以上淋巴结阳性者和 T_3病例。③ 病理证实胸骨旁淋巴结阳性者。④ 原发灶位于乳房中央或内侧而做根治术后，尤其腋淋巴结阳性者。

常用化疗方案：

(1) AC 方案：每 21 日重复，共 6 个疗程，常用于可切除乳腺癌的辅助治疗

多柔比星(阿霉素，ADM)　60 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第 1 日

环磷酰胺(CTX)　600 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第 1 日

(2) FAC 方案：每 21 日为 1 周期　适用于术后化疗

氟尿嘧啶(5－FU)　500 mg/m²
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉注射　第 1 日

多柔比星(阿霉素，ADM)　50 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第 1 日

环磷酰胺(CTX)　600 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第 1 日

(3) DA 方案：每 21 日重复，适用于一般化疗药物疗效不佳或有禁忌证时

多西紫杉醇(泰素帝)(DOC)　75 mg/m²
5%葡萄糖注射液　500 ml　｜　静脉滴注　第 1 日

多柔比星(阿霉素，ADM)　50 mg/m²
生理盐水　40 ml　｜　静脉注射　第 1 日

(4) PTX－HERCEPTIN方案：每21日重复，适用于本病的中晚期

紫杉醇(PTX)　175 mg/m^2
5%葡萄糖注射液　500 ml　｝缓慢静脉滴注　第1日

HERCEPTIN　4 mg/kg　静脉注射　第1日　2 mg/kg　第8、15日

警示：慎用HERCEPTIN的几种情况：① 患有肺部疾病者。② 孕妇。③ 曾用或正在使用蒽环类抗癌药、环磷酰胺或进行胸部放疗者。④ 对其他鼠源性或人源性单克隆抗体制剂过敏或有不适反应者。⑤ 有充血性心力衰竭或心功能不全者。⑥ 肝、肾功能不全者。⑦ 高血压或冠心病病人。

(5) 卡培他滨单药方案：每21日重复，适用本病的各期治疗

卡培他滨(希罗达，Xeloda)　2 510 $mg/(m^2 \cdot d)$　每日剂量　可分早晚　分2次口服　连用2周

警示：不良反应有腹泻和手足综合征。

4. 内分泌治疗　TAM单药方案，适用于绝经期后晚期乳腺癌

他莫昔芬(三苯氧胺，TAM)　10 mg　口服每日2次　连用3～5年

警示：禁用用于孕妇及哺乳期妇女、对本药过敏者(国外资料)、有深部静脉血栓史、肺栓塞史或正在接受抗凝治疗的病人(国外资料)、有眼底疾病者。慎用于肝功能不全者，白细胞、血小板减少者。

【注意事项】① 在选择手术方式时，应充分考虑病理分型、疾病分期、手术医师的习惯及辅助治疗条件等因素。因为迄今尚无一种手术方式能适合各种类型。② 乳腺癌发病率有增多趋势，需高度重视妇女的乳房定期检查，有可疑肿块时，应建检查档案。③ 乳腺癌的术后观察与复查应予重视，肿瘤标志物及雌激素水平应作动态观察。测定雌激素受体和孕激素受体不仅可帮助选择辅助治疗方案，对判断预后也有一定作用。

十一、 子宫颈癌

子宫颈癌是指发生于子宫颈的恶性肿瘤，是常见的妇科恶性肿瘤，占女性生殖器恶性肿瘤的58.5%～93.1%。患者以30～55岁为多见。

【诊断要点】① 30岁以上的女性。② 临床主要表现为具有阴道不规则流血，阴道分泌物增多、性交后出血等。③ 阴道脱落细胞检查阳性。④ 阴道镜检查阳性。⑤ 子宫颈锥形切除病检阳性。⑥ 鳞状细胞癌抗原(SCCA)显著增高。

【鉴别诊断】① 慢性子宫颈炎：主要表现为子宫颈糜烂，一般糜烂边缘较整齐，不易出血，或出血很少。早期糜烂型子宫颈癌与子宫颈糜烂相似，肉眼难区别，必须靠阴边涂片或宫颈活检作鉴别。② 宫颈息肉：为小圆形无溃疡的带蒂肿物，常自子宫颈口内露出，体积很小，多有蒂。可以

合并感染，甚至发生溃疡或坏死与癌变，宜及早手术。③ 子宫黏膜下肌瘤：带蒂的子宫黏膜下肌瘤可以溃烂感染而引起出血及恶臭排液，但其组织较硬，常为椭圆形，有一蒂通向子宫颈管，但子宫颈仍完整。

【治疗要点】治疗原则：早期发现、早期选择适当的治疗方案治疗。

1. 手术治疗　为本病的主要治疗手段，尤其无放射条件者更为适用。有条件放疗者，可以行手术＋放疗。

2. 放射治疗　本病主要倾向于以放射治疗为主的综合治疗，适用于各期病人。常将内、外照射结合应用。内照射主要针对子宫颈、子宫体、阴道及其附近的宫旁组织，对早期局部病变作用大；外照射乃针对盆腔深部各处组织，对较远部位及晚期病人较有利。

3. 治疗方法选择　手术治疗原则上限于 0～Ⅱa 期的患者，不宜手术者则采用放疗。放疗可用于各期宫颈癌治疗，Ⅱb～Ⅳa 期宫颈癌以放疗为主。采用放疗与手术相结合，或手术与化疗相结合，放疗与化疗相结合，或多种方法相结合的综合性根治方法，可能提高部分预后不良患者的疗效，但应注意出现避免过度治疗所致毒性反应增加及经济负担加重等负面影响。

4. 药物治疗　到目前为止子宫颈癌对大多数抗癌药物不敏感，化疗的有效率不超过 15%，晚期患者可采用化疗、放疗等综合治疗。化疗药物可采用 5-氟尿嘧啶，阿霉素等进行静脉或局部注射。

（1）PD 方案：适用于宫颈鳞状细胞癌

派来霉素（PEP）　5 mg
生理盐水　20 ml　｜静脉注射　第 1、8 日
顺铂（DDP）　50 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜静脉滴注（水化）　第 1 日
每 3 周重复

警示：派来霉素禁用于对本品过敏者及肺功能严重障碍者，用药期间可能发生发热、脱发、口腔炎、食欲不振等不良反应。

（2）MFD 方案：适用于宫颈腺癌放疗＋化疗

丝裂霉素（MMC）　4～6 mg/m²
生理盐水　20 ml　｜静脉注射　第 1、5 日
5-氟尿嘧啶（5-FU）　500 mg/m²
生理盐水　20 ml　｜静脉注射　第 1、5 日
顺铂（DDP）　50 mg/m²
生理盐水　500 ml　｜静脉滴注　第 1 日　每 3 周重复

【注意事项】① 子宫颈癌一般肉眼看来好似早期，但有时常常超出这个判断，因此决定放疗照射范围时，不论何期，均不应仅限于肉眼所见到

的病变区，而应包括可能受累的宫旁组织。② 对性生活有接触性出血者，应立即到医院妇科检查，有条件请专科医师诊治，切莫自误。③ 每次化疗前要求肝肾功能、心电图、血常规、血小板等基本正常方可用药，用药期间密切注意用药反应。④ 经治疗后临床症状与体征均消失，但经过 6 个月以上又出现癌变者谓之复发。治疗后 3～6 个月内检查仍有癌存在者应列为未愈。对复发病例的治疗仍应采取手术、化疗或放射治疗，并分析以往治疗是否合理、恰当、彻底，再根据复发者全身与局部情况，选择适宜的某一疗法或综合疗法，对晚期病例应对症处理。手术后复发病例可选择放射治疗。

以下情况为高危人群：① 初次性生活在 16 岁以前，或初婚年龄在 18 岁以前。② 有性乱史。③ 生育 3 胎以上者。④ 有生殖器病毒感染、性病史。⑤ 有宫颈糜烂、宫颈裂伤、宫颈外翻史。⑥ 吸烟、个人卫生不良者。

十二、 子宫内膜癌

子宫内膜癌是指发生于子宫内膜的恶性肿瘤，是妇科常见的恶性肿瘤，80%的病人为绝经后的妇女。病因尚未完全清楚。

【诊断要点】① 50 岁以上的妇女。② 具有本病(见前节)的高危因素之一。③ 具有月经紊乱、经量增多、经期延长及绝经后阴道不规则流血、白带增多或有时带血等主要临床表现。④ 细胞学检查阳性。⑤ 阴道镜检查有阳性发现。⑥ 妇科检查有阳性发现。⑦ 肿瘤标志物检查有增高的项目。⑧ B超的阳性提示。

【鉴别诊断】绒毛膜上皮癌：常有患葡萄胎、产后或流产后不规则阴道流血史，病理检查可帮助鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据临床分期，选择适当的治疗方案。主要有手术、放疗、孕激素治疗，可单用亦可综合治疗。

1. 治疗方法的选择　① Ⅰ期：以手术治疗为主，必要时行术前或术后放疗。② Ⅱ期：手术与放疗。③ Ⅲ期：以放疗为主，或放疗与手术、药物综合治疗。④ Ⅳ期：孕激素治疗、化疗或两者合并治疗。主要采用孕激素治疗，多用于晚期或复发转移病人，常用甲孕酮、乙酸孕酮、羟孕酮等。

2. 化学治疗　常用药物有环磷酰胺、多柔比星(阿霉素)、顺铂、表柔比星(表阿霉素)、六甲密胺、苯丙酸氮芥、紫杉醇、塞替派等，无论单用或联合用药效果均较差。目前主张化疗与孕激素合并应用。

(1) FAC 方案：每 21 日为 1 周期，适用于术后复发及晚期病人

氟尿嘧啶(5-FU)　500 mg/m^2 ｜
5%葡萄糖注射液　500 ml ｜ 静脉滴注　第 1 日

多柔比星(阿霉素,ADM) 50 mg/m²
生理盐水 40 ml　　静脉注射　第1日

环磷酰胺(CTX) 600 mg/m²
生理盐水 40 ml　　静脉注射　第1日

(2) 孕激素治疗：适用于不能手术者

甲孕酮(MA)负荷量：160 mg　口服　每晚1次　共用12周

维持量：500 mg　口服　每周2次

【注意事项】① 孕激素治疗禁用于严重的肾功能不良的病人。用药前应检查孕激素受体,阳性者疗效较好。用药期间应定期随访,出现不良反应如严重头痛、血栓栓塞意外时应立即停药。② 本病治疗效果一般较好,5年生存率为60%~70%,其预后与病人年龄、疾病分期、细胞分化程度、组织类别等有关。病人年龄越大,分期越高,分化程度越差,则预后越差。腺癌、棘腺癌预后较好,腺鳞癌、透明细胞癌预后较差。

十三、 卵巢癌

卵巢癌是指发生于卵巢的恶性肿瘤,是妇科的三大恶性肿瘤之一。近10余年来,我国的发病率呈明显上升趋势。由于卵巢位于盆腔深部,不易扪及,故一旦发现已不是早期。死亡率居妇科肿瘤之首,迄今病因尚不清楚。

【诊断要点】① 主要发生于绝经后的妇女,也可发生于任何年龄,前者占总发病数的2/3。年轻者初潮提前,育龄者月经过多,年老者绝经后出血。② 妇科检查卵巢>5 cm者。③ 具有月经异常、下腹痛、腹胀及腹部的固定不活动的包块。④ 活组织检查阳性。⑤ CA125、CA72-4、TAA、HCG增高。⑥ 其他高危人群(见子宫颈癌)。⑦ B超、腹腔镜、CT的阳性发现。

【鉴别诊断】见表12-1-2。

表12-1-2　卵巢癌与盆腔炎性包块鉴别

	卵巢癌	盆腔炎性包块
月经	常无变化	常有月经不规则及痛经
肿块大小	大小不一,大者可达双胎足月妊娠大小	一般较小,不超过脐平
肿块性质	硬而固定,单侧	双侧、囊样、固定、压痛
肿块生长	较速	不定,常伴有感染及不育史,消炎为主
治疗	手术为主	

【治疗要点】治疗原则：以手术治疗为主，并辅以放射治疗、化疗等综合治疗。药物治疗剂量要足，疗程要够，放疗宜慎重。

1. 治疗方法的选择

早、中期：要尽量采取手术治疗，并予彻底切除，术后加化疗。

中晚期：先化疗 2 个疗程，再行手术治疗。

晚期：以化疗为主，为提高疗效，延长寿命，可佐以手术治疗。

2. 化学治疗　由于卵巢癌很早扩散，手术时多数病例已不能清除病灶，而且放疗的效果及应用也很有限，因此全身性化疗是一项重要的辅助治疗方法。一些晚期病人，经化疗后肿块可以缩小，为再次手术时创造有利条件。卵巢癌化疗除了全身用药外(如静脉给药)，还有区域性化疗，如腹腔化疗、腹腔与静脉双途径化疗、动脉灌注化疗、淋巴管化疗等。

3. 放射治疗　卵巢恶性肿瘤的放射敏感性差别很大，卵巢内胚窦瘤、未成熟畸胎瘤，胚胎癌最不敏感，卵巢上皮癌及颗粒细胞癌中度敏感，无性细胞瘤最敏感，手术后再用放疗多能控制。由于卵巢癌较早发生腹腔转移，因此照射范围包括腹腔及盆腔。肝、肾区加以保护，以免造成放射性损伤。放射量全腹腔为 3 000～5 000 cGy/(6～8)周。

常用化疗方案：

(1) CAD 方案：常用于各期卵巢癌

环磷酰胺(CTX)　400 mg/m^2 ｜
生理盐水　40 ml ｜　静脉注射　第 1 日

多柔比星(阿霉素，ADM)　40 mg/m^2 ｜
生理盐水　40 ml ｜　静脉注射　第 2 日

顺铂(DDP)　80 mg/m^2 ｜
生理盐水　100 ml ｜　腹腔注入　第 3 日

(2) CHAD 方案：常用于各期卵巢癌

环磷酰胺(CTX)　600 mg/m^2 ｜
生理盐水　40 ml ｜　静脉注射　第 1 日

六甲密胺(HMM)　150 mg/m^2　口服　第 8～22 日

阿霉素(ADM)　25 mg/m^2 ｜
生理盐水　40 ml ｜　静脉注射　第 1 日

顺铂(DDP)　50 mg/m^2 ｜
生理盐水　50 ml ｜　静脉滴注　第 1 日

(3) VBD 方案：适用于各类卵巢细胞癌

长春碱(VLB)　20 mg/m^2 ｜
生理盐水　40 ml ｜　静脉注射　第 1 日

博来霉素(BLM) 30 mg/m² | 生理盐水 3 ml | 肌内注射 第 2 日

顺铂(DDP) 20～30 mg/m² | 生理盐水 500 ml | 静脉滴注 第 1～5 日

博来霉素使用注意：

1) 禁忌证：① 对本药过敏者。② 水痘病人。③ 白细胞计数低于 2.5×10^9/L 者。

2) 慎用于：① 70岁以上老年病人。② 肺功能不全者。③ 肝肾功能不全者。④ 发热病人。⑤ 接受肺部放疗者。⑥ 孕妇及哺乳期妇女。

以上各方案，每疗程一般间隔 3～4 周，具体情况应视病人体质、反应程度、血象及肝、肾功能等情况而定。用药至少 4～6 个疗程，晚期或不敏感的肿瘤化疗者，疗程应多些，一般第 1 年 8～10 个疗程，第 2 年减少到 3～4 个疗程。

【注意事项】

1. 重点在早期发现肿瘤，不论良性或恶性的早期病人，常无明显症状，良性肿瘤又有恶变可能，应开展定期普查。为了早期发现卵巢恶性肿瘤，应注意下列几点：① 所有卵巢实性肿块，或大于 6 cm 的囊肿，应立即进行手术切除。② 月经初潮前和绝经后妇女，有卵巢性肿物，应考虑为肿瘤。生育年龄妇女有小的附件囊性肿块，观察 2 个月未见缩小者考虑为肿瘤，观察期间增大者随时手术。③ 盆腔炎性肿块，尤其怀疑盆腔结核或子宫内膜异位性肿块，经治疗无效，不能排除肿瘤时应手术探查。④ 绝经后发现子宫内膜腺瘤样增生或内膜腺癌，应注意卵巢有无肿物，并及时进行手术治疗。⑤ 进行盆腔手术时，应仔细检查双侧卵巢有无病变，除卵巢疾病本身的适应证外，年龄在 45 岁以上时，因子宫疾病须做子宫切除者，建议同时切除双侧附件。

2. 本病的预后与临床分期、手术彻底程度、细胞分化程度关系密切，卵巢上皮癌Ⅰ期 5 年生存率 60%～78%，Ⅲ～Ⅳ期 2.4%～23%；卵巢浆液性癌 5 年生存率 14.8%～43%；黏液性癌 56%～63%；颗粒细胞癌首次治疗 5 年有 1/3 复发；无性细胞癌 5 年生存率 92%～100%。

十四、 绒毛膜上皮癌

绒毛膜上皮癌(绒癌)是指滋养细胞失去了原来绒毛或葡萄胎的结构，而散在地侵入子宫肌层，继而转移至其他脏器和组织所引起的一种恶性疾病。我国发病率明显高于欧美国家。国内采用北京协和医院的临床分期：① Ⅰ期：病变局限于子宫。② Ⅱ期：病变转移至宫旁组织、阴道或附件。③ Ⅱa 期：病变转移至宫旁组织或附件。④ Ⅱb 期：病变转移

至阴道。⑤ Ⅲ期：病变转移至肺。⑥ Ⅲa期：单个病灶直径<3 cm，成片状阴影不超过一侧肺的一半。⑦ Ⅲb期：肺转移超过Ⅲa范围。⑧ Ⅳ期：病变转移至脑、肝、肠、肾等处。

【诊断要点】① 足月产或流产 8 周后，血 HCG 或 β- HCG 持续高于正常，或正常后又升高。② 葡萄胎清宫 8 周后，血 HCG 或 β- HCG 持续升高或下降后上升，而又排除了残存葡萄胎及妊娠，潜伏时间越长，绒癌的可能性越大。③ 葡萄胎清宫后、足月产后、流产后不规则阴道流血，或月经正常后又出现不规则的阴道流血。有时可出现一段时间闭经。④ 出现子宫穿孔大出血者可有休克的临床表现，肺、脑、肝脾、胃肠、肾转移可有相应的症状与体征。⑤ 腹部检查可见包块、压痛。内出血者有移动性浊音。⑥ 妇科检查阴道内有血性物，宫颈色差，子宫增大，柔软。形状不规则，宫旁增厚或有包块，有时可扪及猫喘样感觉。亦可在盆腔扪及囊肿。⑦ B超显示子宫内病灶，彩色多普勒超声能反映绒癌所致的血流信号。子宫穿孔内出血者，腹腔内有游离液体。⑧ 肺部 X 线检查可出现肺转移阴影；CT 可发现脑转移占位性脑部病灶。

【鉴别诊断】主要与子宫内膜癌鉴别。

【治疗要点】治疗原则：根据病人具体情况，进行综合治疗。

1. 一般治疗　增加营养，给予全身支持治疗。

2. 手术治疗　早期可行全子宫及附件摘除术。若阴道流血少，子宫无明显增大的年轻患者，可考虑作保留正常卵巢的子宫切除术，术后予化疗。

3. 放射治疗　为手术辅助疗法，本病对放疗敏感，可单独应用，剂量为 6 000～7 000 伦琴，于 7 周内完成。

4. 化疗　常采用以 5 - FU 短期大剂量突击治疗，其方法是在 10 天内至少需投药 10 000～15 000 mg。若病情允许，血象变化不大时，可在 2 周后再开始第 2 疗程，尚可选用氨甲喋呤、更生霉素。

5. 药物的选择　在一般早期病例，可单用一种药物，以 5 - FU 为首选。如病情急或已到晚期，则需 2 种或 2 种以上药物合用。常用的为氟尿嘧啶(5 - FU)加放线菌素(更生霉素，ksm)。可用作静脉给药，动脉灌注，腔内或瘤内注射，也可口服。

(1) GF 方案：每 28 天重复，适用于本病早期

药物	剂量	用法
放线菌素 D(Gengxinmycimum)	6 μg/kg	静脉注射　第 1～8 日
生理盐水	40 ml	

药物	剂量	用法
氟尿嘧啶(5 - FU)	26 mg/kg	静脉注射　第 1～8 日
生理盐水	40 ml	

(2) DVP 方案：每 21 天重复，适用于本病晚期

顺铂(DDP) 30 mg/m² | 生理盐水 500 ml | 静脉滴注 第 1 日

长春新碱(VCR) 2 mg/m² | 生理盐水 40 ml | 静脉注射 第 1 日

平阳霉素(PYM) 30 mg/m² | 生理盐水 3 ml | 肌内注射 第 1 日 1/周×12

警示：平阳霉素用药期间可能会出现发热、食欲不振、脱发，个别病人有过敏反应。慎用于老年、体弱，有肺部疾病者，长期用药应定期胸部摄片及肺功能测定。

(3) MCVD 方案：适用于本病的高危病人

甲氨蝶呤(MTX) 200 mg/m² | 生理盐水 500 ml | 静脉滴注 12 小时 第 1 日

甲酰四氢叶酸钙(CF) 15 mg 肌内注射 每 12 小时 1 次，共 4 次用在 MTX 后 24 小时

长春新碱(VCR) 1 mg/m² | 生理盐水 500 ml | 静脉滴注 第 1 日

顺铂(DDP) 120 mg/m² | 生理盐水 500 ml/m² | 静脉滴注 第 4 日 每 3～4 周重复

(4) IB 方案：适用于本病伴脑转移病人

异环磷酰胺(IFO) 200 mg/m² | 生理盐水 500 ml | 静脉滴注 第 1～5 日

卡莫司汀(BCNU) 20 mg/m² | 生理盐水 500 ml | 静脉滴注 第 1、3、5 日

每 3 周重复

【注意事项】① IFO 定期监测心、肾功能与血象，心、肾、神经功能不全者慎用或忌用。忌与中枢神经抑制药合用。② BCNU 慎用于肝肾功能不全的病人，使用时不要使 BCNU 与皮肤接触，以免引起皮炎及色素沉着。③ 治疗期间应定期复查绒毛膜促性腺激素(β-HCG)，动态观察其变化，对治疗方案及判断预后有一定意义。④ 预后与很多因素有关，如早期诊断，及时治疗，预后较佳；分娩、流产后的绒毛膜上皮癌比良性葡萄胎后绒毛膜上皮癌预后差；发现绒癌距离时间愈久，即所谓潜伏期愈长，则预后不良，凡手术后绒毛膜促性腺激素的浓度迅速下降，以后一直保持阴性者，预后较佳；如果是一度曾下降而未达到阴性，且持续不变的，预后不良。

十五、 喉癌

喉癌是指发生在喉部的恶性肿瘤，发生在会厌喉面以下者属喉内癌；

发生在环状软骨后、梨状窝、喉咽后壁者属喉咽癌，95%为鳞状细胞癌，通常发生于一侧。本病发病率居头颈部恶性肿瘤的第二位，以50岁以上男性多见。

【诊断要点】① 有声音嘶哑、咳嗽、喉部异物感、呼吸困难、咽下疼痛、咯血等临床表现。② 颈部可发现肿块，为一可外突之肿物，通常为一侧，常有压痛，喉部摩擦音消失。③ 直接与间接喉镜检查可发现阳性改变。④ X线及CT检查对诊断特别是观察有无转移有一定价值。⑤ 取活组织做病理检查能明确诊断。

【鉴别诊断】① 喉结核：常在声门附近发现脓样物和黏液，声门各部运动很少受到干涉，有肺结核病史。② 喉乳头状瘤：呈灰白色或小菜花状，可有长蒂，成人易恶变，常依靠活检鉴别。③ 声带息肉：为细蒂之肿块，较光滑，有时尚须手术鉴别。④ 声带结节：多发生在声带独立缘，为小而局限的结节，较易鉴别。

【治疗要点】治疗原则：在根治的基础上设法保持喉的发音功能。

1. 一般治疗　避免受凉，避免感冒，注意全身支持治疗。

2. 手术治疗　为主要的治疗手段，常采用：① 喉部分切除术，适用于声门区癌、声门上区癌、声门下区癌。② 全喉切除术，适用于无法行喉部分切除术者，放疗后复发者。③ 颈廓清术适用于 T_3、T_4 期声门型喉癌。

3. 放疗　亦为重要的治疗方法，其最大优点在于能有效保留喉功能，早期声门型喉癌单纯放疗效果较好，但对于其他类型的喉癌疗效并不理想。因此放疗主要应用于与手术结合的综合治疗中，常采取术前放疗、术后放疗，所有 T_3、T_4 及颈部淋巴结有转移者均应放疗，以减少复发，提高生存率。

4. 化疗　常作为一种姑息治疗中的辅助部分。

5. 生物治疗　包括LAK细胞等，目前尚在研究探索中。

6. 治疗方法的选择　主要有手术治疗、放疗、化疗、中西医结合治疗等。声门癌与喉咽癌早期采取放疗；声门上癌放疗＋手术；声门下癌以手术治疗为主。为控制肿瘤扩散常选用放疗。

药物治疗　IF方案：适用于晚期喉癌

药物	剂量	用法
异环磷酰胺(IFO)	200 mg/m²	静脉滴注　第1～3日
生理盐水	500 ml	
氟尿嘧啶(5-FU)	400～1 000 mg/m²	静脉滴注　第1、8、15日
5%葡萄糖注射液	500 ml	

【注意事项】① 本病主要采取手术与放疗相结合的综合治疗，化疗虽可缩小病灶，防止扩散，但副作用大，疗效不确切，因而只能作为综合治疗

中的辅助部分。② 喉癌的 TNM 分期意见，参见 AJCC1997 年标准。③ 对中老年不明原因的嘶哑病人，应及时转专科医院诊治，以期早期确诊。④ 早期治疗效果较好，晚期较差，全喉切除会丧失发音功能，但用“人工喉”做发音器弥补了这一缺陷。

十六、 鼻咽癌

鼻咽癌是指发生在鼻咽部、鼻咽后壁及咽隐窝、耳咽管口、软腭后方及鼻后孔等处的恶性肿瘤，占恶性肿瘤的第八位。发病年龄 30～50 岁之间，常分为溃疡型、结节型、菜花型、浸润型等。

【诊断要点】① 30～50 岁发病者为多。② 早期可无症状，仅少数偶有耳鸣及回缩性血性鼻涕、顽固性头痛、鼻塞、鼻腔出血、耳鸣、耳聋、颈淋巴结肿大及脑神经压迫症状。③ 手指探查、后鼻镜检查、细胞涂片检查可有阳性发现。④ X线常可发现肿大阴影及脱钙现象，CT、MRI 可协助诊断。⑤ 病理检查可确诊。⑥ 荧光检查对早期诊断有帮助，一般呈深黄色的阳性反应。

【鉴别诊断】① 急性中耳炎：以颞部疼痛较为突出，常伴发热，极少会累及其他颅神经，鼓膜检查可鉴别。② 鼻咽部良性疾病：儿童中应注意过于增大的咽扁桃体，以免误认为是肿瘤。鼻咽的良性淋巴组织增生通常是双侧性的、多数性的，而且有触痛，咽后脓肿有时可以引起颅底慢性骨髓炎，也应注意鉴别。③ 听神经瘤：如面神经麻痹同时伴有听力丧失、眩晕、眼球震颤、恶心、视神经乳头水肿以及第Ⅴ、Ⅸ、Ⅹ或Ⅺ颅神经压迫症状时，则应考虑为本病，而鼻咽癌只在晚期偶可发生面神经麻痹。④ 鼻咽部纤维血管瘤：常见于 10～16 岁男孩，发生于鼻咽、顶部和后壁的联合处，为一光亮、无溃疡，具有橡皮样硬感的肿物，可发生鼻阻塞、鼻出血，可从发病年龄、纤维鼻镜取活组织病检鉴别。

【治疗要点】治疗原则：早期诊断，早期放疗，综合治疗。

1. 治疗方法的选择　鼻咽癌多属低分化鳞癌，大多对放射治疗有中度敏感性，其邻近结构对放射线亦有较高耐受性。因此，放射治疗是首选的治疗方案，其他治疗有外科手术治疗和化学药物治疗，还有免疫治疗和中医药治疗等。

2. 化学治疗

(1) DF 方案：每 28 日重复，适用于本病放疗后

药物	剂量	用法
顺铂(DDP)	100 mg/m^2	静脉滴注　第 1 日
生理盐水	500 ml	
氟尿嘧啶(5－FU)	1 000 mg/m^2	连续静脉输注　第 1～5 日
生理盐水	20 ml	

本方案对鼻咽癌有较好疗效，显效快，但缺点为缓解期短。可用于放疗前使肿瘤缩小，或用于单纯化疗的病人。

(2) CBF 方案：每隔 21 日重复，适用于放疗＋化疗或手术治疗后

药物	剂量	用法
环磷酰胺(CTX)	600 mg/m²	静脉注射　第 1 日
生理盐水	40 ml	
博来霉素(BLM)	10 mg/m²	静脉滴注　第 1～5 日
生理盐水	500 ml	
氟尿嘧啶(5-FU)	500 mg/m²	静脉滴注　第 2、5 日
5％葡萄糖注射液	500 ml	

(3) TCF 方案：每隔 21 日重复，适用于放疗＋化疗

药物	剂量	用法
吡柔比星(吡喃阿霉素，THP)	40 mg/m²	静脉注射　第 1 日
5％葡萄糖注射液	50 ml	
醛氢叶酸(CF)	200 mg/m²	静脉滴注　第 1～5 日
5％葡萄糖注射液	250 ml	
氟尿嘧啶(5-FU)	375 mg/m²	连续静脉输注　第 1～5 日
生理盐水	40 ml	(CF 滴至一半时开始)

【注意事项】

1. 鼻咽癌的自然病程各病人之间差异很大。从初发症状到死亡的自然病程从 3 个月到 113 个月不等。鼻咽癌以放射治疗为主。据国内外报道，放射治疗后 5 年生存率为 8%～62%。随着放射治疗设备更新，放射治疗技术改进，鼻咽癌放射治疗后的 5 年生存率不断提高。鼻咽癌放疗后的局部复发和远处转移是病人死亡的主要原因，因此除了要改进放疗技术，提高放疗效果外，还要对鼻咽癌的生物学特性，鼻咽癌病人机体方面的因素以及肿瘤与病人机体相互作用等因素进行研究。根据病人机体鼻咽癌的生物学特性，在治疗上从放疗、化疗、手术治疗、免疫治疗、中医中药和其他治疗方法上综合考虑，选择和制定适宜的治疗方案，以进一步提高疗效。

2. 放疗

(1) 适应证：① Ⅰ、Ⅱ期鼻咽癌。② 全身状况良好的无远处转移的Ⅲ、Ⅳ期患者，可考虑根治性放疗。③ 其他转为晚期的Ⅲ、Ⅳ期患者，可酌情减少剂量，姑息性放疗。

(2) 禁忌证：① 全身状况差。② 有严重的心、肺、肾疾患，严重贫血和白细胞减少者。③ 有急性感染未控制者。

曾接受过放疗的患者，有以下情况也不宜进行放疗：① 鼻咽部及颈部靶区接受根治性剂量未满 1 个。② 出现发射型脑病或骨髓损害的症状。③ 鼻咽部靶区疗程已达 3 次，颈部靶区已达 2 次。

(3) 剂量：根治性放疗高能射线 60～70 Gy，深部 X 线 50～60 Gy，颈部预防性放疗为 40 Gy，一般在 7 周内完成。

3. 手术治疗　只在某些特殊情况下，如对放疗不敏感或有禁忌证才考虑，因为全切肿瘤不易，故一般不考虑手术治疗。

（吉佑华　俞建和　许振南）

十七、Bowen 病

Bowen 病(Bowen's disease)又称原位鳞状细胞癌或皮肤原位癌，是一种表皮内鳞状细胞癌。

【诊断要点】① 多见于中年人，可发生于身体任何部位，一般单发。② 早期暗红色丘疹或小斑片，表面少量鳞屑，有时结痂，无自觉症状，逐渐发展形成较大斑块，形状不规则，多见结痂，剥离痂皮可露出潮红糜烂面，暗红色颗粒状或肉芽状，一般不出血，如形成溃疡则提示侵袭性生长。在黏膜部位损害表现为不规则形斑片，淡红色或棕色，表面粗糙。③ 组织病理：表皮角化过度伴角化不全，肿瘤几乎累及表皮全层，各层细胞排列紊乱，大量不典型细胞，常见瘤巨细胞，个别角化不良细胞，有时可见角珠形成，表皮基底膜带完整，表皮突增宽延长。真皮上部有炎症细胞浸润。

【鉴别诊断】本病根据临床表现和组织病理可确诊。需与银屑病、日光性角化病、Paget 病等鉴别。

【治疗要点】首选手术切除。较小皮损可采用液氮冷冻、电灼、激光或光动力治疗。浅层 X 线治疗容易形成明显瘢痕。

【注意事项】① 组织病理上若部分基底层受破坏，高度提示为侵袭性癌。② 因本病有可能发生侵袭性生长和转移，所以早期诊断及治疗很重要。③ 因本病可能并发或以后发生恶性肿瘤，故应作全身检查并长期随访。

十八、Paget 病

Paget 病(Paget's disease)又名湿疹样癌(eczematous carcinoma)，分为乳房 Paget 病和乳房外 Paget 病。临床上表现为湿疹样皮损，组织病理以表皮内有 Paget 细胞为特点的一种恶性皮肤肿瘤。

【诊断要点】① 乳房 Paget 病：多发生于中年以上女性乳房，罕见于男性乳房。皮损初发于单侧乳头或乳晕，境界清楚的红斑，多有渗出结痂，无明显瘙痒，皮损逐渐扩大累及乳房甚至前胸，损害明显浸润，晚期可形成溃疡和乳头内陷。常伴发乳腺癌，可伴局部淋巴结转移。② 乳房外 Paget 病：多见于 50 岁以上男性，女性少见，好发于顶泌汗腺分布部位如

阴囊、阴茎、阴唇、肛周、腋窝等处。皮损和乳房 Paget 病相似，呈境界清楚的红色斑片，中央糜烂或渗出，边缘淡褐色，常有痒痛感。由直肠癌、宫颈癌、前列腺癌、膀胱癌等向表皮转移而发生的，称为继发性乳房外 Paget 病。③ 组织病理：表皮内可见单个或呈巢状聚集的 Paget 细胞，胞体大，圆形，无细胞棘突；核大，深染；胞质淡染，空泡状；Paget 细胞增多时可将基底细胞挤压呈扁平带状；真皮内常有中度慢性炎症细胞浸润。

【鉴别诊断】本病根据临床表现和组织病理可确诊。需与湿疹、Bowen 病等鉴别。

【治疗要点】乳房 Paget 病作乳房切除术，如并发乳腺癌作根治术。乳房外 Paget 病进行广泛深切除，可用 Mohs 外科技术。

【注意事项】① 因本病为癌性疾病，所以早期诊断及治疗很重要。② 对乳房或会阴部位长期不愈的湿疹样皮损，应提高警惕，尽早做活检以明确诊断。③ 继发性乳房外 Paget 病应对原发病作积极处理。

十九、 基底细胞瘤

基底细胞瘤（basalioma）又称基底细胞癌（basal cell carcinoma）、基底细胞上皮瘤（basal cell epithelioma）。可能与长期日光暴晒有关，此外长期 X 线照射、摄入砷剂等与本病的发生亦可能有关。

【诊断要点】① 好发于老年人暴露部位，特别在面部。② 早期损害表现为红色斑片，表面角化，有雀斑样小黑点，边缘珍珠样隆起。成熟损害分为结节溃疡型、色素型、硬斑病样或纤维化型、浅表型等。结节溃疡型常见，表现为单个黄豆大质硬结节，结节缓慢增大，中央形成溃疡，珍珠样隆起边缘。色素型皮损有黑褐色色素沉着，不均匀，易误诊为恶性黑素瘤。硬斑病样或纤维化型多见于青年人，表现为单发不规则形灰白色或淡黄色硬化斑块，似局限型硬皮病。浅表型多见于青年男性，好发于非暴露部位，表现为缓慢扩展的浸润斑片，周围常绕以珍珠状边缘，斑片表面常见小的糜烂或溃疡。一般不发生转移。③ 组织病理：各型基底细胞瘤共同特点：瘤细胞团与表皮相连；瘤细胞核大，卵圆形或长形，胞质少，无细胞间桥；瘤细胞的核大小、形态及染色非常一致；瘤细胞团周围结缔组织增生，并可见黏蛋白变性。标本处理过程中发生黏蛋白固缩导致瘤细胞团周围出现裂隙，为本病的典型表现。

根据组织病理表现的不同又可分为未分化型（实体性、色素性、浅表性、硬化性）和分化型（角化性、囊性和腺样）。

【鉴别诊断】本病根据临床表现和组织病理确诊不难。有时需与寻常疣、脂溢性角化、日光性角化、鳞癌、恶性黑素瘤、扁平苔藓、局限性硬皮病等鉴别。

【治疗要点】应根据发病部位、皮损大小等具体情况加以综合考虑。手术切除后植皮效果好，建议应用 Mohs 外科切除术。不能手术的患者可用 X 线治疗，但硬斑病样或纤维化型及复发患者对放射线不敏感。

【注意事项】① 因本病是恶性肿瘤，所以早期诊断及治疗很重要。② 手术切除一定要彻底，防止复发。

二十、 鳞状细胞瘤

鳞状细胞瘤（squamous cell carcinoma）简称鳞癌，是起源于表皮或附属器角质形成细胞的恶性肿瘤。与紫外线、化学因素、癌前期皮肤病、瘢痕、外伤、免疫抑制等有关。

【诊断要点】① 多发于老年人，男性多，好发于暴露部位。② 皮损初起为浸润性硬斑，结节，逐渐发展为斑块或疣状损害，中央易发生溃疡，溃疡边缘较宽，外翻呈菜花状，质地坚实，伴恶臭，肿瘤可向深部组织浸润，如侵犯骨骼有剧痛。易发生转移，主要沿淋巴道转移。③ 组织病理：瘤细胞呈团块状或束条状从表皮侵入真皮网状层或更深，瘤细胞团由非典型鳞状细胞和正常鳞状细胞构成。非典型鳞状细胞的特点是细胞大小和形状不一，胞核大小及染色深浅不同，可见巨核及多核，可见角化不良细胞和角珠。

【鉴别诊断】本病根据临床表现和组织病理诊断不难。有时需与角化棘皮瘤、基底细胞瘤等鉴别。

【治疗要点】肿瘤较小且分化良好者，以手术切除为佳，建议应用 Mohs 外科切除术。手术适应证：① 位于四肢或继发于慢性溃疡的皮肤癌；② 邻近软骨或骨骼的皮肤癌如手、足背、胫前、胸骨前、头皮等处；③ 用放射治疗容易引起放射性溃疡，或引起骨髓炎与软骨炎；④ 当累及肌肉、肌腱、骨或关节时应考虑截肢术。放射疗法适合老年患者、有手术禁忌证的患者和肿瘤分化较差的患者，包括 X 线治疗和镭治疗。已经转移或晚期患者可试用化疗。

【注意事项】① 因本病是恶性肿瘤且易于转移，所以早期诊断及治疗很重要。② 切除标本应做病理检查，明确肿瘤是否切除干净。③ 放射治疗要根据病变大小及厚度选择不同的照射法与剂量。

二十一、 蕈样肉芽肿

蕈样肉芽肿（granuloma fungoides，MF）是记忆性辅助性 T 淋巴细胞起源的一种低度恶性皮肤 T 细胞淋巴瘤。研究提示与遗传、免疫、环境等因素有关。本病慢性进行性，多数患者预后较好。

【诊断要点】① 多发于老年人，男性多于女性。② 临床分为三期：红

斑期、斑块期和肿瘤期。③ 红斑期皮损无特异性，可类似于银屑病、副银屑病、湿疹、神经性皮炎等，多伴有难以忍受的瘙痒，常规治疗难以缓解。④ 斑块期可由红斑期发展而来或直接发生，皮损呈暗红色、不规则形、略隆起的浸润性斑块，可泛发全身，斑块可破溃，同一斑块不同部位浸润程度可以不同，可伴有丘疹或小结节。⑤ 肿瘤期皮损呈半球状或蕈样，大小不一、红棕色或黄红色，通常在浸润损害基础上发生。一般无痛感，若破溃有剧痛，形成深在性溃疡，可留下萎缩性瘢痕。⑥ 本病常侵犯淋巴结和内脏。⑦ 组织病理：红斑期常仅在真皮上部见非特异性炎症浸润，主要是淋巴细胞。亲表皮现象高度提示 MF，表现为表皮内散在单一核细胞，与周围角质形成细胞之间有一透明晕，有时见 Pautrier 微脓肿。⑧ 斑块期 3 种病理变化有诊断价值：A. 亲表皮现象和 Pautrier 微脓肿；B. 真皮带状炎症细胞浸润；C. 真皮内可见较多 MF 细胞，表现为形态、大小不规则，核深染的异型淋巴细胞。⑨ 肿瘤期亲表皮现象不明显，真皮大量 MF 细胞浸润，可达皮下组织。

【鉴别诊断】本病不易确诊，应密切结合临床、组织病理和免疫组化结果，有时需连续切片才能找到特异性病变。本病临床表现可与其他多种皮肤病类似，需结合病理加以鉴别和排除。

【治疗要点】包括系统治疗、皮肤靶向治疗和其他治疗。系统治疗主要有化疗、生物反应调节剂（α 干扰素、阿维 A、贝扎罗汀等）。皮肤靶向治疗主要有外用糖皮质激素、卡莫司汀、氮芥、PUVA、窄波 UVB、浅层 X 线照射、电子束照射等。其他治疗包括免疫治疗、体外光化学疗法及中医中药治疗等。

【注意事项】① 临床一些慢性瘙痒性皮肤病但常规治疗方法无效者，应考虑本病。② 临床上高度怀疑本病时，病理标本最好连续切片以观察有无特异病变。③ 诊断要慎重，必要时密切随访，多次取材。

二十二、 恶性黑素瘤

恶性黑素瘤（melanoma）简称恶黑，多发生于皮肤，是起源于黑素细胞或痣细胞的恶性程度较高的肿瘤。病因未完全明确。

【诊断要点】① 好发于中老年，发病率男性略多于女性，男性死亡率较高。② 大部分恶黑是新发，表现为扁平皮损，一般直径大于 6 mm，边缘呈扇形，表面色素不均。③ 恶黑主要分为两大类：原位恶性黑素瘤和侵袭性恶性黑素瘤。④ 原位恶性黑素瘤包括恶性雀斑样痣、浅表扩散性原位恶性黑素瘤和肢端原位黑素瘤。A. 恶性雀斑样痣多见于暴露部位，表现为淡褐色或褐色斑疹，色素不均匀，边缘不规则，可伴有暗褐色或黑色小斑点。B. 浅表扩散性原位恶性黑素瘤较常见，皮损由扁平鳞屑性斑

片逐渐发展为蓝色或蓝黑色结节，外形不规则。C. 肢端原位黑素瘤最多见于足底，表现为不规则的褐色或黑色斑疹，色素不均匀，可出现溃疡及结节。⑤ 侵袭性恶性黑素瘤包括恶性雀斑样黑素瘤、浅表扩散性恶性黑素瘤、肢端黑素瘤和结节性恶性黑素瘤。A. 恶性雀斑样黑素瘤在恶性雀斑样痣基础上出现蓝黑色结节，可见局部淋巴结转移；B. 浅表扩散性恶性黑素瘤在浅表扩散性原位恶性黑素瘤基础上出现浸润、结节、溃疡或出血；C. 肢端黑素瘤在肢端原位黑素瘤的色素斑基础上出现丘疹、结节或破溃，易转移；D. 结节性恶性黑素瘤表现为青黑色或黑色斑块、结节，增长快，可出现溃疡。⑥ 恶黑易发生淋巴循环及血循环转移。⑦ 组织病理：肿瘤可局限于表皮内或浸润至真皮甚至皮下组织，主要由梭形细胞和上皮样细胞组成。瘤细胞单个或巢状分布，呈异型性，形态不规则，核大，可见到核分裂及明显核仁，胞质内可含有色素颗粒。

【鉴别诊断】本病根据临床表现和组织病理可以确诊，免疫组化（主要是 S－100 蛋白和 HMB45）有助于诊断恶性黑素瘤。有时需与色痣、蓝痣、幼年性黑素瘤、色素性基底细胞上皮瘤、其他皮肤梭形细胞肿瘤等鉴别。

【治疗要点】手术切除（Mohs 手术和一般外科手术）是主要治疗方法，尤其是早期病变。化疗适合晚期转移患者，常用 5－氟尿嘧啶或环磷酰胺。放疗适用于骨或中枢神经转移者。

【注意事项】① 恶黑恶性程度高，易发生转移，因此早期诊断及治疗很重要。② 诊断恶黑还需观察组织学分型和侵袭程度，有助于指导治疗和判断预后。③ 外科切除不主张深达筋膜，保留筋膜能减少转移。

（骆 丹 尹志强）

GENERAL PRACTITIONERS DIAGNOSIS AND TREATMENT HANDBOOK

全科医生诊疗手册

全科医生药物手册

全科医生处方手册

ISBN 978-7-5345-7863-2

9 787534 578632 >

定价：35.00元